

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N°

299

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GERVAIS Jean-François

Né le 25 Mai 1936, à Orléans

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le

1968

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SYMPTOMES OBSESSIONNELS
au cours de l'évolution de certains
syndromes schizophréniques

Président : M. Jean DELAY, Professeur

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1968



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1968

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

GERVAIS Jean-François

Né le 25 Mai 1936, à Orléans

Interne des Hôpitaux Psychiatriques

Présentée et soutenue publiquement le

1968

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES SYMPTOMES OBSESSIONNELS
au cours de l'évolution de certains
syndromes schizophréniques**

Président : M. Jean DELAY, Professeur

BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

1968

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.), BERNARD (E.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), CHEYMOL (J.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), GIROUD (A.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIER (G.), LELONG (M.), LÉVY (Mlle J.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (G.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN**Georges BROUET****1^{er} ASSESSEUR****Daniel BARGETON****2^e ASSESSEUR****Jean GOSSET**

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	OLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉOUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
—	SCHERRER (J.)
—	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
—	ROUCAYROL (J.-Cl.)
—	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)



2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique	.....	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	.....	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	.....	SOULIÉ (P.)
— — (Bouicaud)	.....	LENÈGRE (J.)
	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	.....	LEGER (L.)
	Cochin	PATEL (J.)
	Hôtel-Dieu	GOSSET (J.)
	Saint-Antoine	SICARD (A.)
	Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
	Tenon	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Cliniques chirurgicales orthopédiques	.....	PADOVANI (P.)
et traumatologiques	.....	CAUCHOIX (J.)
	Cochin	
	Foch	
	Beaujon	
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	.....	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	.....	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	.....	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	.....	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	.....	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	.....	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	.....	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	.....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	.....	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	.....	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	.....	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	.....	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	.....	CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
Cliniques médicales	.....	BARIÉTY (M.)
	Hôtel-Dieu	DREYFUS (G.)
	Pitié	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
	Saint-Antoine	DEBRAY (Ch.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	.....	MARIE (J.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	.....	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	.....	DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	.....	HAMBURGER (J.)
Clinique néphrologique (Necker)	.....	DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	.....	GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	.....	LACOMME (M.)
	Baudelocque	MERGER (R.)
Cliniques obstétricales	.....	VARANGOT (J.)
	Saint-Antoine	OFFRET (G.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	.....	BREGEAT (P.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	.....	AUBRY (M.)
— — (Cochin)	.....	MOZZICONACCI (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	.....	THIEFFRY (S.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	.....	BROUET (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	.....	MICHAUX (L.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	.....	COSTE (F.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	.....	SEZE (S. de)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	.....	DECHAUME (M.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	.....	ROUX (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	.....	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	.....	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	.....	JUDET (R.)
Clinique toxicologique (F. Vidal)	.....	ABOULKER (P.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	.....	COUVELAIRE (R.)
Clinique urologique (Cochin)	.....	LAPLANE (R.)
— — (Necker)	.....	DOMART (A.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	.....	BOUVRAIN (Y.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	.....	RAMBERT (P.)
— — (Lariboisière)	.....	WOLFROMM (R.)
— — (Pitié)	.....	POILLEUX (F.)
— — (Rothschild)	.....	
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	.....	

b) Professeurs à titre personnel :

	MM.
Hématologie	{ ANDRÉ (R.)
	{ BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	{ GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.)
	{ AZERAD (E.)
	{ BOUR (H.)
	{ CAROLI (J.)
	{ DREYFUS (B.)
	{ GROSSIORD (A.)
Médecine	{ LAMBLING (A.)
	{ LAUNAY (Cl.)
	{ PAYET (M.)
	{ PERRAULT (M.)
	{ SIGUIER (F.)
	{ WORMS (R.)
Néphrologie	{ RICHEL (G.)
Neuro-chirurgie	{ LE BEAU (J.)
Neurologie	{ LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	{ PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	{ MADURO (R.)
Pédiatrie	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	{ KREIS (B.)
	{ MEYER (A.)
Rhumatologie	{ DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie ...	TARDIEU (G.)
	{ CARTIER (P.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biochimie médicale ..	{ GONNARD (P.)	Physique médicale ..	{ COURSAGET (J.)
	{ NORDMANN (J.)		{ GREMY (F.)
Biologie médicale ...	HARTMANN (L.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER G.		

**III. — PROFESSEURS DETACHES
DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES**

	MM.
Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIES

	MM.
Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie	SCHWARTZ (D.)
Secrétaire général de la Faculté.	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bi-	
biothèque	{
Conservateur du Musée d'His-	{ M. le Docteur HAHN (A.)
toire de la Médecine	{
Conservateurs	{
	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
	{ LE NOIR (G.)
	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Bibliothécaires	{ Mlles DUROZAY (M.-F.), ROBERGE (D.),
	{ Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR B. FLEYS

*Nous lui témoignons notre profonde
reconnaissance, pour l'aide qu'il nous a
toujours apportée.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DELAY

Membre de l'Académie Française
Membre de l'Académie Nationale de Médecine
Professeur à la Chaire de Clinique Psychiatrique
de la Faculté de Médecine de Paris.

*Nous sommes très sensible à l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse et à la grande bienveillance
qu'il a manifesté à notre égard.*

AUX MEMBRES DU JURY DE NOTRE THÈSE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DENICKER

Professeur à la Clinique des Maladies Mentales
de la Faculté de Médecine de Paris.

*Qu'il veuille trouver ici l'expression de
notre profonde gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH.-H. NODET

Ex-chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques
de la Société de Psychanalyse de Paris.

Il nous a suggéré cette thèse et guidé dans notre travail. Il nous a apporté la précision de ses connaissances cliniques. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-L. MASSOT

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Pendant nos années d'internat dans son Service, il nous a fait profiter de sa longue expérience psychiatrique. Nous lui sommes très reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HAMEL

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Il nous a offert son amitié. Il nous a souvent donné de précieux conseils. Qu'il en soit ici sincèrement remercié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. HOUSER

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

Nous espérons profiter au maximum de son enseignement pendant notre année d'internat chez lui.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. ROULLET

Médecin des Hôpitaux Psychiatriques.

En hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. CALLIER

Neuro-Psychiatre.

Psychothérapeute.

En hommage respectueux.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

A NOS MAÎTRES DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE
DE TOURS

*Dans les Services desquels nous avons
effectué notre externat. En hommages res-
pectueux et reconnaissants.*

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

En hommage respectueux.

INTRODUCTION

Obsession et schizophrénie, voilà deux termes que tout semble apparemment distinguer tant du point de vue clinique, évolutif, pronostic ou même thérapeutique ; et, pourtant n'y a-t-il pas là matière à une meilleure vision des phénomènes cliniques lorsqu'on les envisage non plus en tant qu'entités morbides bien définies, mais bien plus sur le plan des symptômes dans des états qui sont « *à la limite* » des névroses et des psychoses. Ce serait reposer là, le problème éternel des classifications nosographiques toujours mouvantes ; mais notre ambition n'ira pas à ce propos au-delà de ce que nous avons annoncé, c'est-à-dire en tirer des conclusions cliniques et parfois même psychogénétiques pour une meilleure appréhension des processus schizophréniques et obsessionnels, que nous rencontrons quotidiennement chez nos malades.

Pour cela, nous avons eu recours à l'étude des observations de schizophrènes admis dans les services de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Madeleine et Saint-Georges à Bourg-en-Bresse, ceci sur une dizaine d'années.

Avant d'aborder notre étude, nous avons essayé de grouper ici quelques données statistiques, qui situeront davantage combien notre matériel clinique aura été minime par rapport à l'ensemble des maladies mentales traitées dans nos services. Mais c'est justement cet aspect de la question qui nous a paru intéressant d'approfondir : c'est-à-dire l'étude de ces *cas-limites* qu'on peut assimiler aux « *border-lines* » comme on les appelle en psychiatrie analytique et qui sont susceptibles, bien que peu fréquents ⁽¹⁾ de nous apporter beaucoup dans la compréhension de la genèse du *phénomène dissociatif*, aussi bien d'ailleurs que *compulsif* qui nous intéressent ici.

Sur un total de 126 schizophrènes dûment dénombrés et diagnostiqués, au cours des trois dernières années (1963-

(1) Tout au moins en ce qui concerne les obsessions schizo-névrotisantes.

1967) dans les différents Services de l'Hôpital Sainte-Madeleine, nous n'avons pu noter que dix observations comportant des éléments obsessionnels. Sur ces observations nous n'avons pu retenir que sept cas caractérisés par la présence d'obsessions typiques, excluant ainsi trois cas d'obsessions s'apparentant davantage aux idées obsédantes qu'au phénomène compulsif. De ce fait, nous avons été obligés de rechercher nos observations sur une période plus longue (10 ans) et de déplacer nos investigations vers les services hommes de l'hôpital Saint-Georges.

D'ailleurs, si nous nous reportons aux statistiques déjà publiées dans la littérature, nous nous apercevons qu'elles sont à peu près équivalentes aux nôtres (10 % en moyenne). STENGEL et ROSEN ont dénombré 80 cas de névrose obsessionnelle sur 848 schizophrènes, mais avec 30 cas comportant des idées obsédantes (2).

Mais ceci n'est pas le but de notre travail, lequel va plutôt essayer de comprendre les mécanismes intimes qui font qu'une névrose obsessionnelle plus ou moins typique va évoluer ou non vers la dissociation, ou qu'au contraire une schizophrénie débutante va pouvoir se stabiliser en empruntant beaucoup à la symptomatologie obsessionnelle. Pour ce faire, après avoir étudié rapidement l'évolution des idées sur ce sujet, nous allons séparer notre étude clinique en deux parties bien distinctes :

- d'une part, *les observations à début purement obsessionnel* ;
- d'autre part, *les observations ayant eu dès le départ des traits fondamentalement schizophréniques*.

Enfin, dans un dernier chapitre, nous tenterons de faire la synthèse de ces états en essayant d'en montrer les différentes étapes et d'en établir leur potentiel évolutif respectif.

En clair, nous allons essayer de voir si *l'apparition d'éléments obsessionnels au cours de la maladie schizophrénique ne va pas freiner son développement vers des stades de plus en plus démentiels*.

(2) Pour INGRAM, 4 cas sur 89 (6 %) ; MULLER, 7 cas sur 57 (12 %) et RUDIN (10 %).

HISTORIQUE

Faire l'historique des conceptions sur ce sujet revient, en fait, à faire l'historique de la psychiatrie — car celles-ci ont évolué parallèlement à la mise en place de la nosographie, telle que nous la connaissons actuellement.

C'est pourquoi, nous nous bornerons à rappeler les grands faits qui ont marqué cette évolution des idées, depuis les théories purement organicistes du début, jusqu'à maintenant, où l'emprise progressive de la psychogénétique nous permettra d'éclairer, sous un jour nouveau, les conceptions et l'enseignement qu'on ne manque jamais de déduire de l'étude d'un historique.

I. — LA PSYCHIATRIE CLASSIQUE

Il semble que la 1^{re} observation relatant ces faits serait de KAAH, en 1893. Par la suite, de fréquentes observations ont été de nouveau publiées. Pour plusieurs auteurs (ESQUIROL - FALRET - MAGNAN), il ne pourrait y avoir de *passage de la névrose obsessionnelle à la démence*. Par contre, (MEYNERT - KRAEPELIN - RAYMOND - SEGLAS - RÉGIS - PITRE) pensaient que cette évolution pouvait très bien se voir. A cette époque, MAYER - GROSS et BLEULER parlent déjà de *défaillance du système obsessionnel*, dans certains cas.

Mais ce ne sont là, le plus souvent, que des descriptions purement cliniques et il faut arriver à l'époque moderne pour entrevoir quelques ébauches de théories.

II. — LA PSYCHIATRIE MODERNE

C'est encore avec JANET, au début du siècle, que se dégageront les premières esquisses tentant d'expliquer des

traits communs entre sa « Psychasthénie » et la schizophrénie. Ces traits communs étaient les suivants :

- Position de retrait avec fuite du contact ;
- Sentiment de malaise corporel ;
- Stéréotypie du comportement.

Pierre JANET en conclut que la démence précoce pourrait bien n'être, en fait, qu'une démence psychasthénique où la *baisse de tension psychologique* sera largement évoquée comme condition première ⁽¹⁾ ouvrant ainsi la porte à la notion de « *névrose* ». JANET, avait ainsi entrevu le problème de ces formes de passage et, nous verrons plus loin comment cette conception sera reprise par l'école de CLAUDE, à propos des *formes schizonévrotiques*.

Par la suite, de nombreux travaux ⁽²⁾ ont été faits sur ce sujet. Ceux-ci se sont surtout attachés à faire la distinction entre obsessions et idées obsédantes.

SCHWART en 1915, avait déjà remarqué à propos d'un cas de démence précoce avec idées obsédantes que la réaction affective y était peu marquée. Puis PILCZ, en 1922, insiste sur le fait de distinguer *névrose obsessionnelle* en tant qu'entité morbide et les idées obsédantes symptomatiques estimant, par ailleurs, que la transformation de cette *névrose* en *démence précoce* ne se produit jamais — ceci à propos de trois observations personnelles. En 1913, il faut noter une communication de REVIART - VULLIEN - NEYRAC au Congrès de Besançon qui constate une « *dislocation schizophrénique de la personnalité* » dans les deux cas présentés au sujet des « *obsessions impulsives immotivées* ».

En 1925, K. SCHNEIDER et en 1926 JARRHEISS apportent une sérieuse contribution à cette étude.

- Pour SCHNEIDER, l'obsession est trop souvent prise pour « *une simple idée prévalente* » et il pense qu'on n'attache pas une importance suffisante à « *l'autocritique* » qui est la règle essentielle des vrais obsédés.

(1) Obsession et psychasthénie de P. JANET, 1928.

(2) KLEUNDER 1920, Thèse de DUPUYTOUT (Bordeaux 1914), Halberstadt (1928).

- JARRHEISS, pose le problème de la parenté de prédisposition entre les deux phénomènes « *obsessions et schizophrénies* » qu'il nie aussitôt, KEHRER lui y croit, mais rappelle qu'on ne doit parler de vraies obsessions que si le malade en reconnaît nettement le caractère morbide.

C'est le problème des formes de passage évoquées également par MINKOWSKI (1925-1926). Et, à ce sujet, HEILBROMER parle de *psychose obsessionnelle progressive*, JARRHEISS de *maladie obsessionnelle chronique systématique* et CARP de *névrose obsessionnelle maligne*. C'est le même problème que reprend HALBERTSTADT, en 1928, qui fait une bonne synthèse des idées en cours depuis JANET et dont nous nous sommes largement inspirés pour l'établissement de cet historique.

III. — LES THÉORIES CONTEMPORAINES

En 1928, H. CLAUDE développe sa théorie des formes schizonévrotiques qu'il appelait alors « *SCHIZOSES* » et de ces formes vont découler des discussions nosographiques compliquées. L'école de CLAUDE remet en question la notion de schizophrénie décrite jusqu'ici par KRAEPELIN et BLEULER, d'où sa *théorie dualiste* de la schizophrénie avec ses deux pôles.

- Une forme de *schizophrénie affective* correspondant à *l'organisation schizoïde du caractère de rêverie*.
- Une forme *hébéphrénocatatonique* qui caractérise la démence précoce proprement dite et qui correspondait au *caractère schizoïde de bouderie*.

Cette « *schizose* » peut ainsi être définie comme une dissociation n'affectant qu'exclusivement *la vie affective* sans que la réalité soit pour autant touchée, d'où le peu de discordance, un délire plus discret (de forme imaginative) et CLAUDE voit aussi dans ses formes *un autisme plus proche de la pensée magique*.

En effet, CLAUDE et MICOUD dans une étude très complète ⁽³⁾ faisant suite à leur publication du « Journal d'un Schizoïde » nous apportent des éléments très intéressants : ils déclarent ainsi *que l'évolution du « Psychasthénique » de JANET n'est pas fonction de l'intensité de ses obsessions, mais fonction de la diminution du sens du réel.* Ils ajoutent encore ceci : « On peut dire qu'un obsédé s'éloie-
« gnera d'autant moins du réel, que ses obsessions compor-
« tent une plus grande charge affective à condition que
« cette charge affective ait une part d'objectivité. Il est vrai
« que l'obsession tend par elle-même par sa répétition à
« perdre sa charge affective liée à l'objet, pour n'avoir
« bientôt plus qu'un intérêt subjectif intérieur au malade.
« On ne peut prédire qu'un obsédé ne deviendra proba-
« blement un schizophrène que dans la mesure où il est
« psychasthénique, c'est-à-dire déjà schizoïde et avec in-
« conscience de son trouble mental ». Et, ils concluent ceci : « Il existe, d'une part, la psychasthénie obsession-
« nelle de JANET, d'autre part, la schizophrénie type BLEU-
« LER. Elles offrent un point de contact et même un léger
« chevauchement par le côté psychasthénique. Mais, dans
« l'une il y a intégrité du fond mental et continuité dans
« la structure de la pensée ; dans l'autre il y a dissocia-
« tion dans le mécanisme de la pensée. » ⁽⁴⁾

La classification suivante est alors établie par ces auteurs :

- 1°) La pensée normale.
- 2°) Les petits obsédés anxieux et adaptés, très critiques.
- 3°) Les obsédés anxieux, adaptés, à paroxysmes occasionnels.
- 4°) Les grands obsédés purs, adaptés, pragmatiques, peu anxieux.
- 5°) Les psychasthéniques vrais ou schizoïdes type JANET, peu anxieux.

(3) CLAUDE et MICOUD (Encéphale, 1940).

(4) D. L. DIMITRIJEVIC (1952) a appelé cette sorte de schizophrénie : « schizasthénie ».

- 6°) Les schizomanes.
- 7°) Les schizophrènes.
- 8°) Les hystériques de CLAUDE.

Deux autres classifications ont été proposées sur ce modèle successivement par INGRAM et MICHAULT.

a) Classification d'Ingram :

- 1°) Le groupe nucléaire correspondant à la névrose obsessionnelle compulsive.
- 2°) Le groupe des phobiques et des ruminatifs.
- 3°) Le groupe des manifestations dépressives.
- 4°) Le groupe suspect de schizophrénie.
- 5°) Le groupe polymorphe.

b) Classification de Michault (1945).

- 1°) Les grands obsédés purs, peu anxieux.
- 2°) Les psychasthéniques type JANET, assez peu anxieux.
- 3°) Les psychasthéniques vrais ou schizoïdes plus stéréotypés, obsédés et anxieux.
- 4°) Les schizomanes.

On en est ainsi arrivé, progressivement, à la notion clinique que les formes qui se destructurent ont une caractéristique bien établie et qu'elles portent en elles le germe qui, tôt ou tard, entraînera fatalement l'évolution dissociative.

IV. — LA PSYCHIATRIE PSYCHANALYTIQUE

Des auteurs comme STENGEL et ROSEN ou CH. MULLER vont s'attacher à rapprocher progressivement la psychiatrie classique de la psychanalyse en s'appliquant à étudier les problèmes de relation entre névroses et psychoses et plus particulièrement pour ce qui est notre propos entre

la névrose obsessionnelle et la schizophrénie. STENGEL et ROSEN pensent que toutes les tentatives de classification sont « *l'affaire de terminologie personnelle ou de conception nosographique, plus que déterminations objectives.* » Ils ajoutent d'ailleurs que : « *Plus une schizophrénie comporte d'éléments cliniques obsessionnels et surtout si cette structure a pendant longtemps occupé la scène toute seule, plus la psychose se fera comparativement aux variétés psychotiques de même type sur un mode plus atténué de pronostic relativement favorable sans détérioration massive et compatible avec une existence extra-hospitalière la plupart du temps.* ».

Pour eux, l'évolution se fait toujours vers le *délire paranoïde*, ce qui est d'ailleurs contesté par INGRAM. Les conceptions psychanalytiques font toutes des symptômes obsessionnels « *un tampon* » contre la *dissociation schizophrénique* et à l'appui de cette théorie, la thèse de KLEIN montre que la névrose infantile de type obsessionnel « *n'est qu'un processus de cicatrisation de certains modes d'anxiétés primitives paranoïdes de la première enfance.* » Ceci est également admis par LEOVICI et DIATKINE, dans leurs études sur « *l'obsessionnalisation de certaines psychoses infantiles* ».

D'autres auteurs comme JONES - ABRAHAM - GLOVER - BOUVET ont largement évoqué ce problème, notamment BOUVET dans son « *MOI OBSESSIONNEL* », en 1952, a bien montré que la « *dépersonnalisation était le résultat de l'échec d'une obsessionnalisation, mode de défense ultime contre la dissociation du MOI.* »

C'est la théorie qu'a également soutenue A. GREEN qui ajoute que cette « *dépersonnalisation* » découle d'une « *disparition de la relation d'objet, le sujet étant menacé de perte de l'objet et de l'investissement qui en est fait. L'obsession serait une défense contre la dépersonnalisation ou tout au moins peut-être considérée comme la limite extrême des relations d'objet.* »

D'où, la conséquence thérapeutique, que BOUVET laisse entrevoir : une *guérison possible par une analyse qui*

s'appliquerait à renforcer cette défense contre la schizophrénie que représente « l'obsessionnalisation ».

*
**

Signalons enfin, pour terminer que certains auteurs, ont voulu fonder les éléments du diagnostic entre névrose obsessionnelle et schizophrénie, par des méthodes de tests. GASTALDI (1954), les a étudié dans le « RORSCHACH », le « WESCHLER », le « T.A.T. » et le « NARCO-TEST » mais aucune conclusion définitive n'en a encore été tirée à l'heure actuelle.

PADOVANI a tenté, de son côté, d'établir des tests biologiques plus précis et explique cet effondrement du sujet dans la dissociation, par un certain degré « *d'asthénie d'origine diencéphalique* ».

Mais tout ceci reste pour l'instant, sur le plan des recherches expérimentales et nous ne les avons exposé ici que dans le but d'être aussi complet que possible.

*
**

Ce rapide historique, nous aura permis néanmoins de montrer tout le chemin parcouru depuis plus d'un siècle, pour « cerner » au plus près les mécanismes intimes qui président aussi bien à la dissociation, qu'à l'obsessionnalisation. Tout ceci a nécessité bien des bouleversements nosographiques, et maintenant encore, rien n'est plus flou que ces formes limites, dont on ne sait si on doit les placer dans les névroses ou les psychoses, et dont il nous est difficile aussi de prévoir le pronostic ; ceci sera précisément l'objet de notre étude clinique.

NOTIONS GÉNÉRALES SUR LES FORMES DE PASSAGE LES ÉTATS LIMITÉS

L'historique nous a permis de montrer combien il était difficile de se faire une idée de ces états-limites et combien les controverses ont été nombreuses. Nous aurions pu également prendre en considération les rapports entre *phobies et psychose* ou entre *hystérie et psychose*, rapports qui nous auraient permis de déduire des évolutions et des formes de passage presque identiques (1)

L'étude des formes de passage revient à considérer e' à situer les différences existant entre psychose et névrose. Classiquement deux points fondamentaux les opposent, ce sont :

- *la conscience ou non de l'état morbide.*
- *l'origine organique ou psychologique de la maladie.*

En fait, nombre de facteurs nouveaux sont venus progressivement ébranler ce cloisonnement par trop artificiel.

C'est ainsi que, par exemple, la schizophrénie aurait, en tant que psychose et selon le principe fondamental énoncé plus haut, une origine essentiellement organique. Or, de nombreux travaux ont été réalisés à ce sujet et jusqu'ici rien ne permet d'affirmer encore que la cause en soit vraiment organique. D'ailleurs, avec l'apparition des théories psychogénétiques, les facteurs psychiques prennent une place de plus en plus prépondérante dans la genèse des psychoses.

MAYER-GROSS avait résolu de son côté la question de la manière suivante : « *Tous états pathologiques psychique-*

(1) Ou encore entre obsessions et mélancolie et obsessions et paranoïa.

ment compréhensibles sont à considérer comme des névroses ». Ce qui va en fait dans le sens des théories psychanalytiques modernes qui tendent à tort ou à raison d'élargir le champ des névroses, si bien que *toute maladie mentale peu finalement être réduite à une origine psychique ou en tout cas psychiquement explicable* ». En conséquence, on ne peut considérer le critère « *origine psychologique* » comme le facteur pathognomonique de l'origine névrotique, et il semble que celui-ci ne doive plus tellement être considéré comme le facteur-clef de la *différenciation névrose-psychose*.

Le second critère qui paraissait tout aussi inattaquable, à savoir la conscience ou non de l'état morbide, se révèle dans certains cas, comme très fragile lui aussi. Ainsi de vraies schizophrénies, pour prendre un exemple qui nous intéresse au premier chef, sont capables d'être douloureusement ressenties par le sujet, tout au moins dans la phase d'invasion du début. Le sentiment de l'approche et de l'angoisse de la dissociation est vécu sous un mode très déprimant donc d'une manière, en définitive névrotique.

Il faut donc en arriver à la conclusion suivante : il y a, d'une part, des formes franchement névrotiques et, d'autre part, des formes tout à fait psychotiques, mais entre les deux, il faut laisser une place très importante pour des *états-limites, des formes de passage* qui ont en commun ceci :

— *une très grande labilité des symptômes.*

— *un pronostic dans l'ensemble assez bon, à cause surtout de l'apparition de véritables défenses anti-psychotiques, évitant à chaque nouvelle poussée évolutive une issue délirante ou démentielle, pour ce qui concerne les évolutions paranoïdes ou dissociatives.*

*
**

On peut aussi noter, à ce sujet, l'opinion d'ABELY (2) qui pense que les névroses ou les psycho-névroses qui subissent une destructuration sont les suivantes :

(2) Annales Médico-Psychologique, Nov. 1966, Tome 2, n° 4.

- 1°) *les individus doués d'un faible instinct de développement, d'auto-contrôle, de capacités créatives avec une grande sensibilité aux stimulations extérieures et intérieures.*
- 2°) *une disproportion entre la tension excessive des forces de défense et la faiblesse des forces de développement et de la dotation intellectuelle.*
- 3°) *un niveau moyen de dynamisme d'instinct de développement et une charge trop lourde d'échecs et de frustrations.*
- 4°) *les changements organiques du tissu cérébral ne permettant pas une réalisation suffisante des forces de développement.*

*
**

D'autre part, ces formes limites sont caractérisées, nous l'avons dit, par une labilité des symptômes, mais cela sous-tend au point de vue psychogénétique un *MOI également très labile*, c'est-à-dire lui-même *inorganisé* pouvant passer très facilement d'une structure à une autre.

C'est un MOI qui n'a pas franchi l'étape de *l'indifférenciation MOI, NON-MOI*, et cela nous permet de comprendre la *labilité évolutive* de ces formes dont on ne sait jamais quelle sera leur orientation définitive : névrotique ou psychotique.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'étude que nous avons entrepris, il semble opportun, avant que d'analyser plus avant nos cas cliniques, de bien situer les deux pôles entre lesquels vont évoluer nos malades ; c'est-à-dire d'un côté les symptômes purement obsessionnels et de l'autre ceux de la série purement dissociative. Ce n'est, en définitive, que l'évolution ultérieure qui tranchera.

L'ÉTAT OBSESSIONNEL DE L'OBSESSION NÉVROSE A L'OBSESSION SYMPTOMATIQUE DE SCHIZOPHRÉNIE

A. GREEN définit ainsi l'état obsessionnel : « *C'est une forme de vie de l'esprit au cours de laquelle le sujet dont la volonté est subjuguée, voit sa conscience claire et sa raison débordée, envahie par une idée ou un groupe d'idées, une représentation ou un groupe de représentations.* »

I. — LES SYMPTOMES OBSESSIONNELS ⁽¹⁾

Nous rappellerons ici brièvement le mécanisme normal du phénomène obsessionnel. Celui-ci comprend deux sortes de symptômes :

1°) Les obsessions.

L'obsession est définie par trois aspects fondamentaux :

- *Sa survenue inopinée.*
- *La conscience du caractère morbide.*
- *Le phénomène de lutte s'accompagnant d'angoisse.*

On peut classer les symptômes obsessionnels en trois grands groupes :

- a) *Les obsessions idéatives* comprenant les ruminations et la folie du doute des anciens auteurs.

(1) Nous nous sommes largement inspirés pour ce rappel clinique de l'étude de PICHOT.

PICHOT, « Les névroses » - Travail de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale Ste-Anne - Pr DELAY.

- b) *Les obsessions phobiques* (folie du toucher).
- c) *Les obsessions compulsives* (phobie d'impulsion).

2°) **Les compulsions et les rites.**

Le rite est un acte par lequel le sujet se sent contraint tout en reconnaissant le caractère absurde. C'est une défense contre les obsessions qui soulage l'angoisse. Citons les rites de lavage ou de vérification que nous rencontrons fréquemment dans les observations concernant ces formes.

En conclusion, il nous faudra retenir comme caractères typiques de l'obsession :

- *Son allure rituelle et rapide.*
- *Son caractère symbolique et magique* (valeur conjuratoire).
- *L'aspect d'auto-punition dans le comportement du sujet.*

II. — LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

Il nous faut maintenant passer en revue les différentes théories émises depuis le début du siècle pour tenter d'expliquer le mécanisme obsessionnel.

1°) **La théorie intellectuelle ou théorie psychasthénique de Janet.**

JANET avait basé cette théorie sur la libération du psychisme inférieur par « *une baisse de la tension psychologique* ».

Ce syndrome psychasthénique comprenait :

- a) Les troubles de l'affectivité.
- b) La fatigabilité psychique rapide.
- c) La difficulté de concentration dépendant de la difficulté d'adaptation réelle.

- d) La tendance aux idées dépressives entraînant un véritable apragmatisme.
- e) *Des phobies et des obsessions* qui faisaient partie pour P. JANET de sa psychasthénie, ainsi que des états de dépersonnalisation.

Cette psychasthénie pouvait évoluer en se compliquant vers une *névrose obsessionnelle* dont les symptômes majeurs étaient faits le plus souvent de *rumination* et de *doute obsédant*. En fait, cette théorie a été par la suite de plus en plus discutée et contestée si bien qu'elle ne sert plus que de base à la description d'un *tempérament psychasthénique*.

Pour J DELAY, « *l'insuffisance de la tension psychologique du psychasthénique le pousse à l'introspection, mais son état d'asthénie lui rend difficile l'effort sous toutes ses formes, en particulier les activités volontaires fortement adaptées au présent, au social, au réel* ».

2°) La constitution schizoïde.

Celle-ci a été opposée par la suite à la constitution psychasthénique pour servir de base à la formation d'un autre type d'obsessions comportant au premier plan, des *compulsions* et des *rites* et évoluant par sa *désadaptation sociale rapide, du fait de ses stéréotypies ayant perdu toute charge affective, vers un état de chronicité caractérisant les formes tenaces et sans rémission*.

3°) La théorie psychanalytique.

C'est à FREUD, que l'on doit la définition véritable de l'obsession montrant bien qu'il ne fallait pas séparer *l'affect* et le *signifiant* (c'est-à-dire le représentant pulsionnel). C'est ainsi que les théories émises jusqu'ici, aussi bien par les auteurs allemands (*théorie émotionnelle et affective*) ou que la *théorie intellectuelle* de JANET, situant l'obsession, quant à sa signification, à la fois comme *acte et idées*, se trouvait remise en question.

La personnalité obsessionnelle est une personnalité psychopathique du type *sadique-anal*, c'est-à-dire caractérisée par une *régression au stade pré-génital*, fixation ayant entraînée des mécanismes de défense, à titre de formation réactionnelle, où la pulsion originelle est remplacée par son contraire, l'isolation, avec tendance à l'intellectualisation et au dépouillement des pensées de leur valeur affective. Cette fixation entraîne aussi l'annulation pour un acte antérieur avec obligation de répéter ce qui a déjà été fait. Pour les auteurs d'inspiration analytique un caractère obsessionnel découle de ces dispositions. Ce sont des sujets de caractère rigide, méticuleux, hyper-consciencieux, précis, vérificateurs ordonnés à l'excès, parcimonieux et économes.

4°) Les tendances actuelles.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans notre étude historique générale, nous arrivons maintenant dans ce que nous pouvons appeler la « *période féconde des auteurs d'inspiration psychanalytique* », laquelle n'est pas encore terminée. Celle-ci va surtout s'attacher à étudier les rapports entre psychose et névrose et plus particulièrement les relations existant entre les symptomatologies schizophréniques et obsessionnelles.

a) *En ce qui concerne les formes débutantes de la schizophrénie*, les obsessions semblent entrer dans le cadre normal de toute schizophrénie, en tant que symptôme d'invasion comme tout autre symptôme névrotique à ce stade.

Mais cette symptomatologie obsessionnelle prend ici une teinte bien particulière, la faisant beaucoup ressembler à la *psychose dissociative* qu'elle sous-tend.

Pour A. GREEN, « *il s'agit bien surtout d'une altération primitive du MOI, dont l'évolution se fera inexorablement vers la dissociation* ». C'est pourquoi, il lui paraît bien difficile de faire reposer uniquement le trouble fondamental sur une « *simple faiblesse constitutive du MOI* »,

ainsi que l'affirmait JANET dans sa théorie psychasthénique.

G. LO CASCIO et G. CASTALDI, en 1954 insistent également sur « l'absence d'émotivité de ces obsessions, sur leur caractère plus nettement délirant et même hallucinatoire des phénomènes compulsionnels, sur la structure globale du tableau clinique qui révèle chez le schizophrène obsédé un monde autistique où se désagrège la réalité, tandis que dans le noyau obsessionnel, le noyau de la réalité est inaltéré, seules les relations affectives et psycho-sensorielles étant profondément perturbées. »

b) En ce qui concerne les obsessions apparaissant au cours de certains syndromes schizophréniques, il semble qu'on doive les interpréter d'une autre manière. Elles conservent une très grande charge affective et représentent des symptômes de lutte efficaces contre les processus dissociatifs en cours. Nous verrons d'ailleurs, dans les chapitres suivants, particulièrement dans notre étude clinique, comment cette activité compulsionnelle réalise la neutralisation des éléments dissolvants.

DU SYNDROME SCHIZOPHRÉNIQUE TYPIQUE AUX OBSESSIONS SCHIZONÉVROTISANTES

Pour mieux définir la place des formes schizonévrotiques par rapport à l'ensemble des processus schizophréniques, il nous faut, tout d'abord, rappeler comment a été défini le concept de schizophrénie.

I. — ELABORATION DU CONCEPT DE SCHIZOPHRÉNIE

Nous allons rappeler brièvement, pour ce faire, les différentes théories émises au cours du siècle dernier, ou, surtout depuis la première définition que nous en a donné Emile KRAEPELIN en 1899, dans sa « *Démence Précoce* ». A cette époque, il la distinguait de deux autres syndromes : *la catatonie* et *le délire paranoïde* et il l'identifie complètement à l'*hébéphrénie* déjà décrite précédemment par HECKER.

1°) La théorie déficitaire de Kraepelin.

Très rapidement et dès 1899, KRAEPELIN en fait une affection autonome, comprenant deux formes principales : *l'hébéphrénie* et *la catatonie* d'un côté, la *démence paranoïde* de l'autre. C'est donc l'époque du triomphe de la *théorie déficitaire des anciens auteurs*, qui considéraient avec KRAEPELIN, comme chef de file, que cette maladie était une *affection organique* évoluant inexorablement vers la *démence*.

2°) La théorie affective de Bleuler.

Avec BLEULER en 1911, va commencer une nouvelle période apportant une théorie tout à fait opposée, c'est-

à-dire qu'il ne considère pas comme inéluctable l'évolution démentielle et il met l'accent sur la *dissociation* qu'il appelle « *dislocation de la vie psychique en compartiments, réduisant ainsi l'intelligence, l'affectivité, le comportement du sujet, d'où le nouveau terme de schizophrénie* » pour distinguer ces états ».

Ainsi était donc mis en évidence, l'atteinte primordiale de l'activité psychique ; la *structure affective* des troubles et la théorie dissociative prenaient le pas sur la théorie organique.

3°) **Elargissement de la notion du concept schizophrénique.**

Mais tout ceci allait permettre un élargissement progressif de la notion de schizophrénie jusqu'à l'exagération, car l'extension de l'interprétation de la pensée de BLEULER allait donner libre cours à une impossibilité de définir, par la suite, un concept vraiment précis du syndrome schizophrénique. C'est ainsi que s'élaboreront de nouveaux concepts :

— *l'introversion* de JUNG (1906).

— le « *shut in* » de A. HOCH (1910).

— la *perte de contact de la réalité* de MINKOWSKI (1924).

Ces concepts allaient étendre à l'infini les applications diagnostiques de la pensée Bleulérienne. Certains auteurs se sont efforcés, justement, de réviser cette position et d'en corriger les erreurs en définissant un « *critère évolutif* ». A partir de cette époque, va s'ébaucher la *théorie héréditaire avec la définition d'un « caractère schizoïde »* (KRESTMER). C'est là aussi que l'on doit placer la *théorie dualiste* de CLAUDE, que nous avons déjà eu l'occasion d'exposer dans notre historique général.

4°) **Les conceptions nouvelles.**

Dans cette période, nous noterons l'apparition de nouvelles conceptions nosographiques développées successivement par trois écoles différentes :

- l'école allemande mettant en avant les notions de *pré-disposition*, de *biotypie*.
- l'école anglo-saxonne insistant sur *l'environnement*.
- l'école psychanalytique, tendant à considérer la schizophrénie comme une « *névrose narcissique* », par suite des défenses qui s'élaborent de la même façon que dans une névrose : défenses essayant de lutter contre le processus dissociatif.

Par la suite, on a tenté de décrire des « *réactions schizophréniques* », *réactions dites « paranoïdes »*, « *schizophrénies aiguës*, « *latentes* » ou encore « *apsychotiques* ».

5°) La théorie organo-dynamiste.

Tout ceci, H EY a tenté de le synthétiser dans la triple formulation suivante :

- a) « *Le concept central doit se définir dans le sens que l'a préconisé BLEULER.* »
- b) « *Parmi toutes ces formes décrites, le noyau fondamental semble constitué par les formes paranoïdes.* »
- c) « *Entre les troubles négatifs exposés par KRAEPELIN et les tendances actuelles des théories positivistes des Psychanalystes, un équilibre peut-être établi en considérant une structure à la fois positiviste et négativiste des troubles, c'est-à-dire, tel que l'avait entrevu la conception pathogénique de BLEULER.* »

II. — RAPPEL CLINIQUE DU SYNDROME SCHIZOPHRÉNIQUE TYPIQUE ⁽¹⁾

La forme typique comprend trois aspects fondamentaux de symptômes :

- la discordance ;
- le délire paranoïde ;
- l'autisme.

(1) Nous nous sommes largement inspirés de l'étude de H. EY - E.M.C. - PSY. - T. 2 pour ce rappel clinique de la Schizophrénie.

1°) La discordance.

Ce symptôme caractérise la dégradation de la vie psychique dans tous les domaines, que ce soit la *sphère de la pensée* (trouble du cours de la pensée et du champ de conscience), que ce soit dans la *sphère affective* (avec l'ambivalence, la bizarrerie ou l'indifférence), enfin discordance dans la *sphère du comportement* (maniérisme, impulsions ou repli négativiste).

2°) Le délire paranoïde.

« *Il est l'expérience même de la discordance* » et il constitue la typique « *expérience primaire* » ainsi que l'entendait JASPERS. « Sa symptomatologie est faite d'*illusions, d'interprétations, d'intuitions, d'hallucinations psycho-sensorielles et surtout psychiques et des symptômes du syndrome d'automatisme mental (écho de la pensée)* », Il faut signaler aussi des *expériences de dépersonnalisation à base surtout de sentiments de transformation de son être.*

Cette expérience, toutefois, présente des caractères bien distincts par rapport à la dépersonnalisation que nous avons entrevue dans l'exposé des formes obsessionnelles. Elle fait déjà partie en effet, ici de l'expérience primaire par « *la surcharge fantastique* » qui s'y ajoute, celle-ci étant davantage « *infiltrée d'abstraction que d'esthésie sensorielle visuelle* » (H. Ey).

3°) L'autisme.

Selon la définition qu'en a donné BLEULER, l'autisme est : « *l'évasion de la réalité avec en même temps, la prédominance relative ou absolue de la vie intérieure* ».

C'est le « *noyau positif* » caractéristique de la schizophrénie et BLEULER d'ajouter ceci : « *le mot autisme exprime dans les grandes lignes du côté positif ce que JANET appelle du côté négatif la perte du sens du réel* ». Pour H. EY, « *toute maladie mentale présente un « conte-nu symbolique » correspondant à la structure formelle*

« de la perte du réel, mais ici, ce qui diffère c'est que le contenu est en quelque sorte proportionnel au déficit formel. Il ne s'agit donc pas seulement de symptômes de rupture avec la réalité, d'introversiön (caractère schizöide) ou de chute dans l'imaginaire. La personne perd son unité, donc sa réalité (SPLATUNG de BLEULER). »

III. — FORMES CLINIQUES

Elles comprennent trois grands groupes :

- 1^{re}) **L'Hébéphrénie** où le syndrome de discordance est fondamental.
- 2^{re}) **La forme hébéphréno-catatonique** décrite par KAHLBAUM en 1874, caractérisée par la prédominance du syndrome psycho-moteur catatonique.
- 3^{re}) **Les formes mineures de la schizophrénie.**

C'est dans ce groupe qu'il faut inscrire *les formes schizo-névrotiques* de CLAUDE dont nous avons parlé dans notre historique. Ces formes mineures sont très importantes pour notre étude, car elles sont en quelque sorte une forme de transition entre les caractères schizoïdes donc névrotiques et la psychose schizophrénique. C'est également avec cette forme que s'apparentent deux aspects névrotiques : « la névrose obsessionnelle sur fonds psychasthénique et aussi la névrose hystérique sur fonds de dissociation psychique ».

Ceci permet de rapprocher la schizophrénie des troubles de la sphère affective et par conséquent névrotique. MACE et ses collaborateurs affirment que « cette forme névrotique de la schizophrénie est comme une stabilisation de la phase incipiens qui comprend assez souvent des formes marginales de ce genre. Leur aspect névrotique se reconnaît dans la production inconsciente de symptômes de neutralisation et de défense. »

En ce qui concerne le problème particulier des obsessions, les auteurs insistent surtout sur l'absence d'émotion qui caractérise cette forme marginale (RAVIAT et NAYRAC).

D. I. DIMITRIJEVIC, de son côté, a proposé d'appeler « schizesthénie », cette forme mineure.

Les obsessions qui marquent le début des schizophrénies sont davantage des « *idées prévalentes* » véritable *pré-délire avec convictions bizarres de caractère impérieux et impératif, plutôt que de véritables actes compulsionnels.*

IV. — LA SCHIZOPHRÉNIE PAR RAPPORT AUX OBSESSIONS LES FORMES SCHIZO-NÉVROTQUES

Cette forme pseudo-névrotique de la schizophrénie a bien été étudié par F. SOCCARAS (Bogota). Après l'héboïdophrénie définie par KAHLBAUM, en 1885, puis par CLAUDE, en 1945 (les schizoses), HOCH précise les caractères de la forme pseudo-névrotique. Ces points sont les suivants :

- *altération de la régulation émotionnelle ;*
- *incapacité de régler l'agressivité ;*
- *ambivalence prononcée du comportement ;*
- *narcissisme à l'extrême ;*
- *panangoïsse ;*
- *indice de frustration très bas ;*
- *déficit d'énergie ;*
- *sentiment d'irréalité ;*
- *intellectualisation des émotions ;*
- *tendance obsessionnelle et compulsive ;*
- *rigidité.*

En somme, « la schizophrénie, s'efforce de retrouver à travers un système obsessionnel un contact avec la réalité, en employant des mécanismes de défense qui sont propres aux obsessionnels comme l'isolation, l'annulation et les formations réactionnelles. Parfois, l'intrication des mécanismes schizophréniques et obsessionnels est telle que le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables ». (2). Ce qui permet la distinction, ce sont certains traits propres à la schizophrénie, à savoir :

(2) F. SOCCARAS - Revue Française de Psychanalyse, n° 4, 67.

- l'indifférence ;
- la froideur ;
- le blocage affectif ;
- l'intellectualisation des émotions ;
- les formes rituelles du comportement ;
- la composante asthénique ;
- les attitudes ambivalentes ;
- la magie imprégnant les pensées.

V. — LES THÉORIES PSYCHANALITIQUES

FEDERN insiste sur « la notion de variations de frontière du MOI, dont la dépersonnalisation serait le témoin ». BOUVET, de son côté, pense que « la dépersonnalisation n'est pas seulement ainsi que le voulait JANET, une des formes de la baisse de la tension psychologique, mais qu'elle signe l'échec de l'obsession comme défense de protection contre ce mode d'angoisse, qui est au-delà de l'angoisse et fait peser sur le MOI, la menace du chaos, par delà la barrière finement tressée de la névrose. »

Mais, ajoute A. GREEN, « on peut aussi penser que les suppressions temporaires du rapport objectal dans la crise de dépersonnalisation ont pour but d'éviter la destruction fantasmatique de l'objet ». Et, il conclut ceci : « Toute modification de l'économie pulsionnelle qui renforce les tendances agressives (ce que MULLER et STENGEL ont remarqué dans les moments qui précèdent le virage psychotique) commande donc dans certains cas, le désinvestissement de l'objet pour éviter sa destructuration et le reflux narcissique sur le MOI de la libido, afin de faire réapparaître ultérieurement l'objet dans le cadre de la nouvelle réalité formée par l'entrée dans le monde psychotique et au sein de laquelle, celui-ci peut continuer à entretenir certains rapports moins culpabilisants avec l'objet, entre autre par le fait que seules certaines fractions du « moi » poursuivent le dialogue avec lui, le sacrifice d'une partie du MOI, évitant ainsi la responsabilité d'une perte de l'objet dont le MOI n'aurait pas fait les frais, sous la forme d'un duel pathologique ».

ÉTUDES CLINIQUES

A. — LES OBSERVATIONS

Nous allons maintenant rassembler dans ce chapitre les observations que nous avons pu recueillir dans nos différents services des hôpitaux psychiatriques de Bourg-en-Bresse, où nous terminons actuellement notre internat et plus particulièrement dans les services *femmes* des Docteurs MASSOT, HAMEL et HOUSER, ainsi que dans les services *hommes* des Docteurs NODET et ROULLET.

Parmi ces observations, nous distinguerons deux grands groupes, comme nous l'avons déjà laissé entendre dans notre étude générale.

1°) *Les schizophrénies incipiens ;*

2°) *Les schizophrénies confirmées.*

1°) Le groupe des schizophrénies incipiens. Il comprendra cinq observations choisies comme les plus typiques quant à leur potentialité évolutive et qui comportent des obsessions dans leur symptomatologie du début, ce qui est, somme toute bien classique et banal. Mais leur exposé permettra de mieux comprendre, par rapport à elles, le mécanisme essentiel qui préside à leur destinée — que ce soit un moyen de lutte ou comme nous le verrons plus loin, pour les schizophrénies confirmées, une sorte de « tampon » contre une évolution plus dévastatrice.

OBSERVATION N° 1

M^{me} P... M.-F., 31 ans, hospitalisée à deux reprises en 1962 et 63.

La malade est entrée, une première fois, le 29-4-1962 pour un processus névrotique obsessionnel et abandonnique avec éléments d'autisme (agressivité envers les parents)...

Pendant son séjour dans le service : On observe un comportement obsessionnel à type de *vérifications multiples* : elle recommence plusieurs fois la même chose et présente surtout des obsessions d'ordre sexuel : obsédée de viol, elle se faisait faire des certificats de virginité. Mais tout ceci reste flou avec une « *toile de fond* » *schizophrénique* : autisme, rêverie.

Sortie le 30-5-62, la malade revient dans le service le 18-5-63 au bout d'un an.

A l'entrée, elle se montre de nouveau agressive, violente, opposante, protestataire et on note deux éléments nouveaux : l'ambivalence et un certain négativisme. Un thème délirant apparaît sous-jacent, très flou, à type d'idées de persécution incohérentes. On pense alors à un processus dissociatif et on met la malade en cure de Sakel.

Celle-ci entraîne une amélioration considérable, avec surtout abandon d'un thème délirant paranoïde et meilleur contact, mais persistance du fonds obsessionnel originel.

En conclusion :

Il y a eu disparition des éléments proprement schizophréniques (à la suite d'un traitement par la cure de Sakel), mais les symptômes obsessionnels ont persisté, atténués cependant et compatibles avec une réadaptation sociale correcte, puisque l'enquête sociale a montré par la suite, qu'elle s'était mariée, qu'elle était devenue mère de famille, que le ménage va très bien et qu'elle travaille normalement et régulièrement comme femme de service dans un hôpital, ceci depuis quatre ans.

Nous n'avons pas encore assez de recul pour en tirer des conclusions définitives quant à son évolution ultérieure ; on peut penser néanmoins, que les obsessions ont été dans son cas, un élément important en faveur de sa guérison actuelle. Ces obsessions avaient valeur ici de moyens de lutte et non pas de simples symptômes schizophréniques ainsi qu'on le voit trop souvent dans ces obsessions de début de schizophrénie et à ce sujet, nous allons maintenant voir une autre observation dont la valeur pronostique est — ou tout au moins, nous le pensons — assez semblable.

OBSERVATION N° 2

M^{lle} Ch... Y..., 40 ans, célibataire, a été hospitalisée dans le service le 25-10-1960 pour des vellétés suicidaires.

A l'entrée : La malade se présente comme une abandonnique, avec anxiété intense, mais on sent déjà sous-jacent, un petit caractère obsessionnel : elle cherche sans cesse à se justifier et il existe une tendance anormalement développée au collectionnisme.

Au cours de son séjour : Très rapidement une « toile de fond » schizophrénique se fait jour, avec l'apparition d'idées délirantes assez floues de persécution, avec augmentation de l'anxiété (à l'impression qu'on se moque d'elle).

Par la suite après traitement neuroleptique « NOZINAN + MAJEPTIL », les éléments délirants paranoïdes disparaissent progressivement pour faire place à des symptômes de la série obsessionnelle avec l'apparition de rites conjuratoires : marche de façon bizarre, sautillant d'un pied sur l'autre, pour éviter de poser les pieds au milieu du couloir. A noter aussi la phobie de la saleté : la malade se lavant les mains sans arrêt.

Sortie le 27-12-60, très améliorée.

Elle continue à aller bien, au prix cependant de la conservation de son caractère de toujours : scrupuleuse, minutieuse, sur fonds psychasthénique — ceci depuis maintenant 7 ans.

En conclusion :

Cette malade, âgée de 40 ans maintenant, semble avoir été bien stabilisée par la survenue en cours d'évolution de rites conjuratoires dont la charge affective reste suffisante pour éviter le recours ultime à un délire qui ne pourrait être que de type paranoïde étant donné l'angoisse basale de la dissolution. Il est donc bienfaisant pour la malade que ses défenses obsessionnelles jouent à fond et soient pour elle véritablement restructurantes.

*
**

Voici maintenant trois observations qui se placent tout à l'opposé des précédentes, de par la qualité différente de leur MOI et de leurs moyens de défense, en l'occurrence les obsessions, d'où en conséquence une évolution beaucoup plus défavorable. Ce sont ici les classiques « obsessions-symptômes » de la schizophrénie et en tant

que tels, ayant perdu beaucoup sinon tout de leur charge affective avec une angoisse qui va en diminuant, ainsi que nous l'ont bien montré CLAUDE et MICoud en 1940.

Il s'agit là d'une viciation très primitive du MOI à son stade d'indifférenciation et le pronostic de telles formes en reste le plus souvent irrémédiable.

OBSERVATION N° 3

Mlle J... A..., 19 ans, ouvrière d'usine, a été hospitalisée à deux reprises dans le service.

1^{re} admission : le 29-12-65.

La malade nous est adressée pour névrose phobique grave avec dépression et risque de décompensation psychotique.

L'histoire de la maladie remonte à plusieurs années, environ 5 ans et coïncide avec la noyade accidentelle de son frère, qu'elle a vécu d'autant plus tragiquement, qu'il s'est produit sous ses yeux et que de surcroît, cet accident dramatique fut suivi deux jours plus tard par la survenue de ses premières menstrues. Une décompensation brutale a suivi ces traumatismes affectifs avec anxiété intense et l'apparition progressive de symptômes de la série obsessionnelle à type de phobies multiples : peur des microbes, peur de mourir, peur de la nuit, peur du bruit... Il faut noter aussi des rituels de lavage de mains et une méticulosité excessive dans tous les actes de la vie courante, vérifications incessantes.

Cet état n'a fait que s'accroître en prenant cependant en chemin une teinte autistique (tendance à l'isolement, au repliement sur soi).

A l'entrée, elle est manifestement inhibée, anxieuse. Le contact est assez bon, mais l'attention paraît dispersée.

Un psychothérapeute qui l'a suivie dès le début reconnaît une structure de base obsessionnelle. L'objet investi est la mère et la pulsion déterminant l'angoisse est de type sadique-anal. Le système de défense est mal organisé et peu efficace : évitements phobiques coexistent avec des rituels d'annulation et d'isolation. Le psychothérapeute conclut ainsi qu'il ne s'agit pas d'une névrose organisée mais plutôt d'un syndrome pré-psychotique ou pré-schizophrénique. Cette pré-psychose serait en effet plus proche de celle de type pseudo-obsessionnelle du fait de l'intensité de l'angoisse, de l'immaturation globale, de l'intense culpabilité consciente, du défaut d'organisation stable des défenses qui sont fluctuantes, variables et atypiques, donc en somme une névrose non réussie. La malade sort contre avis médical, sur l'insistance de la famille le 26-1-66.

On ne sait encore à cette période, si l'évolution va se faire vers l'aggravation des signes affirmant la névrose obsessionnelle ou vers un état normal (apparemment) confirmant une pré-psychose ?

Le retour récent de la malade va nous apporter une réponse définitive à cette question.

2^e admission : le 6-1-68.

La malade nous revient en pleine rechute, avec grande manifestation hystériforme, théâtralisme, sensation d'étouffement, d'oppression et d'angoisse. Elle se sent mourir et réclame la mobilisation de tout l'entourage.

A l'entrée, la malade est en effet très dyspnéique, cherchant sa respiration avec insomnie.

A noter que la rechute a coïncidé avec le décès accidentel d'un beau-frère, il y a trois mois.

Le psychothérapeute qui la revoit alors, note ceci : « elle se présente à moi, comme une petite fille et me fait un numéro théâtral de toux et d'étouffement, qui cesse immédiatement lorsque je lui fais remarquer que je ne suis pas sa mère. Il ressort de cet entretien une absence totale d'in-sight ; elle n'exprime aucun désir que de retourner chez sa mère. Elle continue, comme par le passé à avoir des cauchemars — le type de cauchemar est : « un gros chien veut me déchirer en petits morceaux ».

En conclusion :

Quand on se remémore qu'à l'âge de 14 ans, elle a perdu son frère unique de 17 ans par noyade, qu'un peu plus tard son beau-frère est mort dans un accident de voiture, que par conséquent son adolescence a été au moins deux fois entrecoupée de traumatismes graves, ceci sur une structure de base aussi instable, on ne peut s'empêcher de ramener ce cas aux états-limites. Cependant, le MOI est si inexistant du fait de l'instruction et de l'immaturation, qu'il faut se demander si une restructuration est bien encore possible.

OBSERVATION N° 4

M^{lle} B... A..., 25 ans, célibataire.

Niveau d'études : Propédeutiques Lettres.

Hospitalisée le 25 août 1967.

Certificat d'admission : Cette malade s'est livrée à une fugue et a manifesté le désir de mettre fin à ses jours, alors qu'elle se trouvait en maison de convalescence.

Certificat de 24 heures : Troubles caractériels importants avec chantage au suicide et fugue chez une personnalité psychopathique en conflit permanent avec ses parents. Ruminations obsédantes sur des problèmes sexuels anciens. Immaturité affective.

Renseignements fournis par son père (au sujet de ses antécédents).

La malade aurait toujours présenté de graves troubles du comportement.

A 8 ans, au cours d'un pique-nique familial, n'a pas voulu rester auprès de sa mère et est allée manger toute seule un peu plus loin, ceci à plusieurs reprises (le conflit avec la mère étant très ancien).

En 4^e année d'études secondaires, a exigé elle-même le départ de chez ses parents qui ont dû la placer dans une pension de famille pendant un an.

En classe de philosophie, a cru avoir un défaut de la vue. « Les yeux lui sortaient des orbites ». Cette idée fixe a duré des mois, la malade ne cessant de se regarder dans la glace.

— A la suite d'une chute, elle s'était mise dans l'idée que son doigt était déformé ; ensuite, c'était une « prémolaire » qui lui semblait en retrait (multiples consultations ophtalmologistes et stomatologues pour se rassurer).

De plus, depuis l'âge de 16 ans, la malade présente une idée obsédante (préoccupation au sujet de sa virginité) qu'elle ne cesse de ruminer et qui lui empêche toute activité intellectuelle. Elle se fait faire divers certificats par des gynécologues qu'elle garde sur elle et qu'elle doit relire sans arrêt.

Depuis, elle va de clinique en clinique et a complètement abandonné ses études. Cette idée fixe lui serait venue à la suite d'une « aventure » qu'elle aurait eu avec un garçon à l'âge de 16 ans. Maintenant, elle pense qu'elle ne pourra plus se marier à cause de cela.

En conflit familial permanent, surtout avec sa mère, qu'elle a obligée à plusieurs reprises à quitter son père pour aller vivre dans sa famille. Elle l'insulte, la traite de « paysanne », lui reproche de s'être mariée avec son père.

Au cours de son séjour dans le service :

Les premiers jours : apragmatisme total, reste confinée au lit et se montre assez ambivalente vis-à-vis de ses sentiments envers son père. Ces périodes de psychasthénie sont entrecoupées d'épisodes hypomaniaques (chante sans arrêt) mais sans fuite des idées, sur un mode plutôt agressif.

Par la suite, se montre de plus en plus opposante et caractérielle ruminant sa vengeance contre ses parents ou préoccupée par « son problème ». Elle sort non guérie et contre avis médical le 9-9-67 (Transfert dans une autre clinique plus proche de son domicile).

En conclusion :

Tout ce contexte (ruminations obsédantes plutôt que véritables obsessions, ambivalences, idées de malformations corporelles, apragmatisme complet) peut faire craindre pour l'avenir une évolution dementielle dissociative. Il semble qu'actuellement celle-ci soit freinée par les symptômes obsessionnels, symptômes qui tendent cependant à perdre progressivement leur charge affective initiale et qui prennent de plus en plus une coloration schizophrénique. Mais la lutte semble bien compromise car les défenses n'ont pas cette qualité de base qui caractérise les structures névrotiques et le seul recours pour la malade sera sans doute cette ultime défense contre l'angoisse dissolvante que constitue le délire.

OBSERVATION N° 5

D... G..., 60 ans, religieuse.

Antécédents : Caractère scrupuleux de toujours, particulièrement vis-à-vis de la morale, ceci dès l'adolescence.

La malade est allée en classe jusqu'à l'âge de 16 ans sans grandes capacités intellectuelles.

Elle entre au couvent à l'âge de 25 ans et dès l'entrée, gros scrupules au sujet de la pureté.

Tout va à peu près bien jusqu'en 1957-1958. C'est à cette date que commencent les troubles du comportement, ceci à la suite du sermon d'un prêtre sur les dangers de profaner l'Eucharistie. Elle fixe immédiatement son anxiété sur ce problème.

Quelques jours plus tard, elle remarque qu'une religieuse infirme de la main est obligée de prendre le plateau de communion à pleines mains, ce qui lui donne à penser que cette religieuse promène partout des parcelles d'hosties. Petit à petit, l'idée la poursuit et elle en voit partout. Elle ne peut plus rien toucher sans se souiller, d'où lavages de mains incessants. En somme, *phobie du toucher*.

Elle en arrive progressivement à un apragmatisme complet, puisque la moindre action risque d'entraîner des profanations... Plusieurs hospitalisations sont tentées avec sismothérapie sans résultats appréciables. Elle est alors suivie en consultation, particulièrement depuis mai 1964. C'est à partir de cette date qu'on note l'apparition de *rites conjuratoires*.

En juillet 1964 : lobotomie.

A la convalescence, elle revient en Communauté (septembre 1964) mais après une légère amélioration, une reprise progressive de syndrome obsessionnel nécessite son admission à Ste-Madeleine le 5-12-64.

A l'entrée, on note que la malade admet le caractère absurde de ses obsessions, mais sans véritables convictions profondes. Elle dit par exemple : « Oui, je comprends que pour beaucoup ces petits détails, ces petites choses soient absurdes, mais ce sont tous ces petits détails qui peuvent me mériter l'enfer ».

Elle se croit sans cesse en état de péché mortel et présente des « *idées de damnation* ».

Le contact est par ailleurs assez distant.

Au cours de son séjour, une consultation psychothérapique nous apporte quelques précisions sur le mécanisme des phénomènes obsessionnels constatés.

Ceux-ci seraient apparus dès l'âge de 7 ans, centrés sur des pensées sexuelles et des masturbations. Une déformation obsessionnelle s'est ensuite installée progressivement avec des rituels de lavage protégeant des phobies de contact.

Actuellement, il ne s'agit pratiquement plus d'un tableau clinique de névrose obsessionnelle, car la « défense névrotique » n'a pas joué assez efficacement. Les rituels ont ainsi disparu de la scène, dans la mesure où il n'y a plus d'angoisses (effet de la lobotomie ?).

En effet, au cours de son long séjour dans le service, la malade n'a pratiquement pas évolué. Au contraire, elle a perdu toute conscience de la morbidité des troubles. Son anxiété a diminué aussi progressivement pour laisser place à de l'indifférence et à un pragmatisme complet.

En conclusion :

Ses obsessions et scrupules de jeunesse ont rapidement pris un caractère obsédant, c'est-à-dire en fin de compte pré-délirant et flou, ayant perdu là encore toute charge affective. Les rituels de lavage qui se sont progressivement substitués à tout autre symptôme, font maintenant partie intégrante de son vécu délirant. Du fait de la faiblesse de son MOI, les défenses obsessionnelles n'ont pu jouer pleinement leur rôle et la malade n'a pu éviter de sombrer très rapidement dans l'évolution dissociative.

2°) Le groupe des schizophrénies confirmées :

Il comprendra 11 observations de schizophrénies, dont l'évolution aura été considérablement modifiée par l'apparition de symptômes obsessionnels typiques. Ces obsessions, nous le verrons auront ici valeur de « *tampon* » contre une évolution plus dissociative.

OBSERVATION N° 6

Mlle J... N..., 18 ans, célibataire, a été hospitalisée dans le service le 3-4-1963.

Certificat d'admission : Caractère schizoïde. Début des troubles il y a trois ans : cafardeuse triste, sans raison ou énervée avec lassitude et hypochondrie (crises atypiques hystériformes avec E.E.G. négatif). Ne voulait plus continuer ses études, opposition.

A l'entrée : Refus de prendre ses médicaments et gros troubles affectifs avec sentiment d'infériorité, sentiment d'abandon, dégoût de la vie conduisant à un apragmatisme important. Grosse inhibition.

Certificat de 24 heures : « Etat névrotique dans une évolution schizophrénique ».

Au cours de son séjour : Malade de contact difficile, un peu autistique et inhibée.

Electro-chocs pratiqués sans effet. Cure de Sakel entreprise, mais la malade reste renfermée, abandonnique avec néanmoins apparition de phénomènes compulsions à type de doutes, de scrupules. On abandonne la cure qui a été sans résultat le 12-6-1963.

La malade est alors vue par un psychothérapeute, qui note ceci : « Contact sur le mode sadique-anal, grosse inhibition. Vit toute relation sur un mode agressif (sur la défensive). Névrose obsessionnelle en train de se structurer ».

Par la suite amélioration notable du contact, tandis que la pensée reste encore floue et la malade improductive.

Progressivement ensuite le caractère obsessionnel sous-jacent prend le pas sur les symptômes à proprement parler schizophréniques et la malade sort à l'essai le 20-9-63.

Après enquête sociale, on a appris que la malade est en bonne voie de guérison et qu'elle travaille normalement, comme gens de maison, chez un médecin.

En conclusion :

Voici une malade qui semble avoir beaucoup bénéficié de l'intervention de moyens de défense efficaces — en

l'occurrence ici — des obsessions et qui ont permis une guérison qui nous l'espérons sera définitive, vu la bonne qualité de son MOI.

OBSERVATION N° 7

B... A..., 36 ans, hospitalisée dans le service le 25-11-60, pour état dépressif aigu chez une schizophrène ancienne.

Comportement à l'entrée : Agitation avec idées d'auto-accusation, complexe de culpabilité, idées de persécution, idées magiques et mystiques, tout ceci étant d'ailleurs assez vague et flou sans systématisation aucune et accompagné de quelques images hallucinatoires.

A l'interrogatoire, on apprend qu'auparavant la malade avait déjà été hospitalisée à Paris, pour un état dépressif atypique, où dominaient inhibition et flou de la pensée ainsi que de vagues idées de persécution dans le service où elle travaillait alors (août 1957, soit 3 ans avant l'actuelle hospitalisation).

Au cours de son séjour dans le service : La malade se montre progressivement anxieuse, gémissante même (hypochondrie).

Des phobies apparaissent ensuite : phobies d'impulsion. La malade croit en effet, qu'elle va faire du mal aux autres ou qu'elle en a déjà fait sans s'en rendre compte. Elle devient alors progressivement psychasthénique.

A la suite du traitement neurolégitique, les phobies disparaissent en même temps que la malade critique ses idées délirantes magiques et mystiques.

Elle sort le 6-4-62 et d'après l'enquête sociale, la malade a repris son travail très régulièrement. Elle va bien, ceci depuis 5 ans.

En conclusion :

Cette malade a vu disparaître les éléments paranoïdes en même temps que s'installaient des phobies d'impulsion et qu'augmentait son angoisse, extériorisant ainsi la lutte active entreprise par son MOI contre un processus dissolvant déjà bien installé.

OBSERVATION N° 8

D... Y..., 39 ans, a été hospitalisée à 4 reprises.

1^{re} hospitalisation le 15-6-59.

Certificat d'entrée : Psychose d'allure paranoïde.

Au cours de son séjour : On note de vagues idées de persécu-

tion et d'influence (exaltation mystique) et un certain automatisme mental.

Par la suite, apparition d'un caractère nettement obsessionnel : pose sans cesse des questions sur les microbes, rituels de lavages. De vagues idées de persécution persistent encore, ainsi que le flou et l'incohérence de la pensée (présence de quelques hallucinations auditives et visuelles).

Après cure neuroplégique (largactil), une légère amélioration clinique se fait jour, la malade restant cependant très scrupuleuse avec ruminations obsédantes incessantes.

On entreprend la cure de Sakel : très rapidement, la malade critique ses idées délirantes mais elle reste psychasthénique (plaintes hypochondriaques multiples, douleurs erratiques). Elle sort néanmoins le 12-2-1960.

2^e hospitalisation le 27-10-62 : Revient pour de vagues idées de persécution (idées mystiques, révélations). Episodes oniriques et phénomènes hallucinatoires associés.

Au cours de son séjour : Se montre interprétante et perfectionniste, scrupuleuse. De plus, apparition de phobies d'impulsion : peur de faire mal aux autres. Après cure neuroplégique (nozinan), la malade se détend et critique son délire, mais on note la conservation du fonds mental obsessionnel. Sort améliorée le 21-12-62.

3^e hospitalisation le 2-7-64.

Certificat d'admission : Episode délirant à thème mystique, d'aspect paranoïde.

A l'entrée, on note :

- des idées de culpabilité d'ordre sexuel ;
- des idées délirantes à thème magique, pour expier la faute ;
- des phénomènes obsessionnels au sujet de la prise de comprimés (rites conjuratoires).

Par la suite, après une nouvelle cure neuroplégique : disparition de l'état délirant qu'elle critique, mais persistance du fonds obsessionnel.

Sortie : le 23-8-64.

4^e hospitalisation le 9-2-65.

Diagnostic d'entrée : Reprise du syndrome d'automatisme mental.

Au cours de son séjour, on note, en effet, un état délirant non systématisé, à thème mystique ainsi que de nombreux phénomènes compulsionnels associés.

Après une nouvelle cure neuroplégique, l'état délirant disparaît de nouveau et après une petite rechute dans le service en décembre 1965, la malade sort complètement guérie, tout au moins en ce qui concerne son évolution paranoïde le 4-2-66.

En conclusion :

Cette malade qui a oscillé longtemps entre le délire paranoïde et les phénomènes compulsionnels compen-

sateurs exprimant bien sa lutte contre sa dissociation, semble actuellement en voie de stabilisation. Le mieux constaté à son départ se poursuivant depuis déjà 2 ans (consultation de post-cure), on peut espérer pour elle, non pas l'absence de rechutes bien sûr encore possibles, mais un espacement dans la fréquence de celles-ci, avec peut-être au bout l'espoir d'une stabilisation définitive.

OBSERVATION N° 9

M^{me} R... Y... mariée, 40 ans, a été hospitalisée à deux reprises dans le service à 10 ans d'intervalle.

1^{re} admission le 2-9-57 (à l'âge de 28 ans).

Certificat d'entrée : Malade présentant depuis plusieurs jours un état d'excitation psycho-motrice, complètement insomniaque, crie, chante, gesticule et se montre agressive envers son entourage.

Certificat de 24 heures : Violent état d'excitation de type schizo-maniaque et d'étiologie puerpérale. Malade agitée, logorrhéique, violente, insomniaque. Pas d'euphorie vraie ni de labilité de l'humeur mais une certaine inconstance des propos.

Histoire de la maladie : La malade vient d'accoucher de son 3^e enfant, il y a à peine trois mois. Depuis 2 mois, fatiguée et anxieuse, craint qu'on ne vienne l'emmener ou qu'on lui prenne ses enfants. Peur de mourir.

Dans le service : Fausses reconnaissances, fuite des idées, un peu désorientée par périodes. Chante, appelle tout le monde, très perplexe et anxieuse.

Le 8-9-57, on note : malade toujours interprétante et anxieuse, mais les interprétations sont le plus souvent incohérentes (croit qu'on fait passer des disques pour provoquer les confidences de son mari). Peur que la police ne vienne l'arrêter.

Certificat de maintenue : Cette malade a présenté un accès aigu d'excitation psycho-motrice qui a vite réagi à la thérapeutique. Depuis 24 heures cependant, grosse rechute du type bouffée anxieuse avec interprétations floues et incohérentes. Réactions turbulentes avec inquiétudes, doutes non justifiés et ruminations mentales obsédantes.

— Amélioration de cet état, 3 jours plus tard, avec les neuroleptiques et 5 électro-chocs, mais reste très bradypsychique.

— Le 2-11-57 : Apparition de préoccupations hypochondriaques (peur d'avoir un cancer ou une embolie pulmonaire). Reste très discordante.

— Le 23-11-57 : On entreprend une cure de Sakel.

A sa terminaison après 29 comas, le 18-7-1958, on note une légère amélioration du tableau clinique. La malade n'interprète plus et n'est plus discordante.

Sort guérie le 8-7-1958.

2^e hospitalisation : 9 ans plus tard, soit le 29-8-1967.

Revient cette fois dépressive.

Certificat de 24 heures : Etat dépressif anxieux avec idées obsédantes de faire du mal aux autres chez une personnalité psychasthénique. Fonds mental interprétant.

Pendant son séjour : La malade est déprimée et assez perplexe, quelque peu perdue, scrupuleuse. Elle se plaint de pertes de mémoire et on remarque un fonds sous-jacent de persécution sans idées délirantes vraies. Le contact reste bon.

Ce qui domine, en fait, ce sont des ruminations obsédantes multiples : peur de ne jamais bien faire, de ne pas être dans la note. Parle d'un papier, d'une police d'assurances qu'elle n'aurait peut-être pas dû signer à la place de son mari. « Qu'est-ce qui va arriver maintenant ? le malheur est sur la maison », tout ceci sur un fonds d'anxiété permanente.

Par la suite, la malade a été beaucoup améliorée par une série de 6 électro-chocs. Son anxiété a progressivement disparu ainsi d'ailleurs que ses ruminations obsédantes.

Elle est ainsi sortie complètement guérie en novembre 1967.

En conclusion :

Après un premier séjour où dominaient ambivalence, discordance, inconsistance, tous symptômes pouvant faire craindre une évolution dissociative à brève échéance, a suivi une longue période de rémission absolument complète. Puis la malade nous est revenue en proie à une anxiété profonde et assez dépressive sans pour autant manifester des idées de suicide. Un sentiment de dépersonnalisation et d'étrangeté l'envahit alors. On assiste à sa lutte pour se retrouver dans son unité par des interrogations multiples, d'où ses interprétations, ses doutes, ses perplexités et surtout l'organisation obsessionnelle de ses pensées. Il semble qu'on puisse considérer maintenant qu'après une aussi longue rémission, la malade ait des défenses assez résistantes pour vaincre un nouvel assaut de la maladie, toujours possible, à certaines périodes difficiles à franchir (ménopause).

OBSERVATION N° 10

M. D... J..., 39 ans, célibataire, cultivateur, a été hospitalisé à deux reprises à l'hôpital St-Georges de Bourg (vit chez ses parents).

1^{re} hospitalisation le 9-5-67.

Certificat d'admission : Activité stéréotypée chez un schizophrène « névrosé » avec activité de type obsessionnel.

Certificat de 24 heures : Etat dépressif avec activité obsessionnelle sur fonds schizophrénique ancien névrosé. Immaturité affective, dépendance parentale.

Dans les antécédents, on note deux tentatives de suicide par noyade.

Au cours de son séjour : Apparition de phénomènes obsessionnels à type de vérifications pour les différents actes de la vie courante (rasage, repas)... De plus, au cours de la marche, il revient brusquement en arrière de quelques pas. Sa parole est explosive. On remarque aussi une nette tendance à la clinophilie, le malade ne peut bientôt plus sortir.

Par la suite, il devient particulièrement instable et on note l'apparition dans son langage de néologismes. Les propos deviennent de plus en plus stéréotypés mais sans éléments délirants véritables.

Après amélioration de l'ensemble du tableau clinique par le traitement neuroleptique, le malade sort une première fois le 5-7-67.

2^e hospitalisation : Il revient le 12-7-67, c'est-à-dire après une semaine seulement.

A l'entrée : On note de nouveau un état dépressif, mais cette fois de caractère nettement obsessionnel et cette tendance n'a fait que progresser au cours de ce second séjour.

Après administration de neuroleptiques et thymoleptiques, l'aspect dépressif initial a encore une fois rétrocedé, mais le malade a conservé l'aspect obsessionnel du début, à savoir ses multiples vérifications et des rites conjuratoires qui conservent encore une certaine charge affective, lui évitant sans doute de sombrer davantage dans l'éparpillement débutant de son MOI.

En conclusion :

Ce malade semble avoir actuellement des défenses obsessionnelles assez solides, mais la facilité avec lesquelles celles-ci sont débordées en certains moments féconds, fait craindre pour l'avenir de ce malade, au MOI assez instable. Il n'en reste pas moins que cette observation nous aura encore permis de voir la mise en œuvre de

moyens de lutte compulsionnels, avec le balancement caractéristique entre symptômes schizophréniques et symptômes obsessionnels compensateurs. L'avenir seul pourra nous dire qui sortira vainqueur de cet affrontement.

OBSERVATION N° 11

M. M. G., 43 ans, célibataire, a été hospitalisé à deux reprises.

1^{re} admission le 25-2-56.

Certificat d'admission : Etat délirant paranoïde.

Certificat de 24 heures : Etat dépressif physique et mental en relation avec des « revers » assez récents. Dépendance affective infantile (plus d'activité professionnelle depuis son échec au Bac).

Certificat de quinzaine : Etat dépressif chez un déséquilibré présentant un infantilisme affectif mais dont les préoccupations obsédantes paraissent en réduction. En somme, petit épisode dépressif chez une personnalité immature et de fonds mental psychasthénique.

2^e admission : le 22-12-60.

Certificat d'admission : Périodes psychasthéniques succédant à des périodes d'excitation psychique ; actuellement, phase d'excitation mentale, euphorie. Propos sub-délirants, et violences avec son père.

Certificat de 24 heures : Troubles du caractère avec excitation psychique chez un grand arriéré affectif, complètement apragmatique, vivant dans la dépendance étroite de son père.

Le 28-4-62, c'est-à-dire, après 16 mois d'hospitalisation : Décès de son père. En apprenant cette nouvelle, le malade se fâche d'une manière qui nous a paru très discordante, mais sans élément vraiment délirant.

En septembre 1963, l'évolution est maintenant nettement paranoïde avec appauvrissement des idées et de la conversation. Contact de plus en plus difficile. Le malade devient susceptible et instable.

En octobre 1964, un an plus tard, alors qu'un délire paranoïde vraiment typique est installé, apparaissent en sur-impression quelques phénomènes compulsionnels à type de rites conjuratoires divers qui vont bientôt occuper toute la scène clinique.

En conclusion :

Chez ce malade encore actuellement hospitalisé, semble se dessiner pour la première fois de véritables mécanismes de défense, par l'obsessionnalisation des symptômes

paranoïdes. L'évolution pourra peut-être en être stoppée, si toutefois la grande immaturation affective du sujet ne vient pas amoindrir la valeur qualitative de ses défenses.

OBSERVATION N° 12

M. C... L..., 45 ans, marié, manoeuvre dans une usine, a été hospitalisé à deux reprises en milieu psychiatrique en avril 1959 et en juin 1959, pour un état délirant paranoïde.

Après amélioration des troubles par les neuroleptiques, le malade est sorti guéri et est actuellement suivi en consultation d'hygiène mentale à l'hôpital St-Georges.

Consultation du 10-9-65, un mois après sa sortie.

Apparition de symptômes obsessionnels à type d'arithmomanie, ceci surtout quand il est anxieux.

Consultation du 16-10-65 : Même état mental : persistance de la tendance à l'arithmomanie, toujours dans certaines périodes où le malade est particulièrement anxieux.

Consultation du 15-10-66 (1 an plus tard) : Le malade devient de plus en plus tendu et bizarre, presque discordant. On a l'impression que le délire remonte à la surface, peu à peu.

Consultation du 30 août 1967 (après 1 an) : Réapparition de toute une activité rituelle, conjuratoire avec anxiété intense, peur de rechuter ; la tension anxieuse étant toujours compensée par une arithmomanie de plus en plus frénétique.

En conclusion :

Cette observation illustre assez bien l'oscillation entre le délire paranoïde sous-jacent que l'on sent prêt à resurgir à la moindre défaillance d'un processus obsessionnel compensateur, alimenté par une anxiété profonde de plus en plus astreignante devant l'imminence toujours présente d'une dissolution néantisante de son MOI. On ne peut encore prévoir actuellement si le malade pourra surmonter cette passe difficile, laquelle en cas d'échec, le conduirait rapidement vers une nouvelle aventure schizophrénique.

OBSERVATION N° 13

M^{lle} R... D..., 18 ans, vendeuse, a été hospitalisée le 5-3-65.

Certificat d'admission : Etat dépressif aigu s'aggravant depuis 15 jours, avec opposition, semi-mutisme et anxiété profonde.

Au cours de son séjour : La malade devient autistique, indifférente à tout ce qui l'entoure avec une mimique de plus en plus désadaptée et discordante. La malade n'extériorise cependant aucun délire.

Après traitement par Sismothérapie : On constate une amélioration rapide des signes de la série schizophrénique avec une amélioration notable du contact et disparition du syndrome dépressif atypique du début. Progressivement cependant se constitue à bas bruit un petit caractère obsessionnel : scrupuleuse, ordonnée à l'excès.

La malade sort guérie le 9-4-65, après seulement un mois d'hospitalisation. Après enquête sociale, la malade va toujours bien, elle s'est très bien adaptée à sa sortie et ceci dure depuis 2 ans.

En conclusion :

On est donc en droit de penser pour cette malade que sa guérison actuelle est imputable en grande partie à l'intervention de ce caractère obsessionnel, qui lui a non seulement permis de franchir cette étape difficile, mais lui assure encore maintenant une consolidation et une stabilisation peut-être définitive de sa maladie..

OBSERVATION N° 14

Mlle B... J..., 18 ans, a été hospitalisée le 24-7-1964, pour troubles du caractère et du comportement : fugeuse, dissimulée, indifférente, agressive et instable.

Après cure sismothérapique : On obtient aucune amélioration clinique, on constate seulement déjà derrière les troubles du début, une structure névrotique à dominance obsessionnelle. On est cependant très pessimiste et on pense qu'une évolution dissociative est à craindre.

Une cure de Sakel est alors entreprise et l'on constate très rapidement une amélioration de l'ensemble du tableau clinique avec toutefois persistance d'un fonds psychasthénique, de puérilisme et surtout d'un petit caractère obsessionnel.

Sortie : La malade sort complètement guérie le 24-9-65.

Depuis cette date, elle est revenue très régulièrement en consultation et elle continue toujours à aller bien, en particulier, elle travaille régulièrement à la maison sans troubles caractériels. Elle conserve, néanmoins, sa structure obsessionnelle.

En conclusion :

Cette malade a repris, depuis deux ans maintenant, une activité normale qui fait bien augurer de son avenir, lequel au départ n'était pourtant pas brillant. Là encore, les bonnes défenses ont joué pleinement leur rôle. Bien sûr, cette lutte a laissé des séquelles — ce caractère assez obsessionnel — mais ceci n'est pas grave, au contraire. Il sera le garant de sa bonne guérison.

OBSERVATION N° 15

M^{lle} O... A..., 28 ans, employée de bureau, a été hospitalisée à quatre reprises à l'hôpital Ste-Madeleine.

1^{re} hospitalisation : le 8-2-61.

A l'entrée : La malade est très figée, ralentie. Elle parle, par bribes, de contrariétés qu'elle ne peut pas exprimer. Triste, pleure tout d'un coup. Dit seulement qu'au bureau on se moquait d'elle, on l'appelait « la grande dingo » mais on ne peut rien tirer de plus.

Semi-stupeureuse, petite discordance, bizarrerie : elle en impose pour un syndrome dépressif certainement atypique.

Dans le service : L'apragmatisme domine. Elle se montre bientôt hallucinée de l'ouïe, on la traite de tous les noms, on l'injurie. Elle a l'impression que les infirmières parlent d'elle. Très anxieuse : peur de mourir avec préoccupations hypochondriaques absurdes.

15-2-61 : On note l'apparition d'idées de dépersonnalisation. Se regardant dans un miroir, elle dit : « je ne me reconnais plus, ce n'est plus vraiment moi, je sens comme deux personnes en moi ».

Mars 1961 : La malade est beaucoup mieux, mais elle garde toujours une certaine inertie. Passivité, inhibition dominant la scène clinique malgré le traitement neuroleptique.

La malade sort néanmoins améliorée mais non guérie, et contre avis médical, à la demande de ses parents, le 15-4-61.

En consultation de post-cure : Il est noté qu'elle reste toujours ralentie et improductive, avec quelques angoisses de temps à autre.

Elle reprend son travail en août 1961, d'abord à mi-temps puis complètement en octobre 1961. La malade a de nouveau l'impression qu'on dit du mal d'elle.

2^e hospitalisation : le 3-2-62.

Rentre à nouveau dans le service à la suite d'une crise anxieuse

intense. Cet état cesse rapidement, la malade devenant calme, détendue, souriante. Le contact est alors excellent.

Elle sort de nouveau le 24-2-62, après une vingtaine de jours d'hospitalisation, où elle a été traitée par du Nozinan à la dose de 75 mg par jour. L'anxiété a complètement disparu.

En consultation de post-cure : La malade prend rapidement le projet de recommencer son activité. Elle travaille à mi-temps pendant un mois et dès avril 1962 à temps complet.

Par la suite, la détérioration se fait assez rapidement avec tout d'abord refus de continuer la prise des médicaments, tandis que le contact s'altère au fil des entretiens et qu'elle devient de plus en plus passive et indifférente.

En novembre 1962 : Rechute de la malade avec réapparition de vagues idées de persécution (elle a l'impression qu'on l'épie, en particulier ses voisins).

3^e hospitalisation : 4-12-62.

Cette fois-ci, la malade revient d'elle-même dans le service. Elle s'est enfuie de chez ses parents, pour venir se faire soigner (à noter parents abusifs, hyperprotecteurs, étouffants, qui ne facilitent guère la guérison).

Depuis 15 jours, elle se sent déprimée, car les gens la regardent « drôlement ». Elle ne peut plus supporter de vivre dans cette maison où elle se sent surveillée.

A l'entrée : Assez bon contact, coopérante.

Elle critique son état et sait bien qu'elle se fait des idées au sujet de ses voisins, mais elle ne peut plus les supporter.

Dans le service : Elle reste lointaine, indifférente et donne l'impression d'une certaine inaffectivité.

Elle sort le 29-12-62.

En consultation (janvier 1963) :

On note toujours les mêmes idées de persécution : « je retombe dans mes pensées » dit-elle. Elle a voulu reprendre son travail, malgré l'avis contraire de son médecin consultant.

4^e hospitalisation : 28-1-63.

A la suite d'un arrêt intempestif de son traitement, la malade nous revient encore une fois dépressive, avec en arrière-fond les mêmes idées délirantes.

Et, comme pour les précédentes hospitalisations, elle redevient rapidement calme mais détachée, indifférente, parlant peu et dégageant une inaffectivité extérieure complète. Elle répond assez laconiquement et sa seule expression reste un sourire intérieur, légèrement dicordant.

Le seul fait nouveau est l'apparition dans la symptomatologie actuelle d'un comportement nettement obsessionnel, à type de scrupules excessifs et de vérifications multiples.

Très rapidement, les idées paranoïdes s'estompent, tandis que le contact et l'affectivité s'améliorent et que l'anxiété décroît considérablement à tel point que la malade sort très améliorée le 23-2-63.

Depuis lors, les différentes consultations nous ont permis de constater une amélioration de plus en plus sensible de son comportement aussi bien dans son activité professionnelle que familiale.

En conclusion :

Voici un nouvel exemple d'une malade présentant un syndrome schizophrénique oscillant entre le délire paranoïde et la dépression atypique et semblant évoluer rapidement vers l'inaffectivité et l'apragmatisme complet. Que surviennent, au cours de sa 4^e hospitalisation, des phénomènes compulsifs et le tableau clinique se trouve ainsi rapidement « nettoyé » des éléments discordants.

La malade ne conserve plus actuellement qu'un comportement obsessionnel discret qui reste comme la « cicatrice » de sa maladie schizophrénique.

OBSERVATION N° 16

S... J..., religieuse, a été hospitalisée le 17-2-51.

Certificat d'entrée et 24 heures : Délire mystique de type paranoïde.

Certificat de maintien : Obsessions et scrupules de nature religieuse.

Au cours de son séjour : Cette malade oscille constamment entre un fonds délirant paranoïde composé d'idées mystiques et magiques un peu floues et de mécanismes obsessionnels avec rites conjuratoires.

On décide de lui faire pratiquer une lobotomie, fin 1951.

Dans les semaines qui ont suivi cette intervention, tout le tableau clinique s'est rapidement nettoyé, en ce qui concerne seulement les signes de la série paranoïde, car on a pu noter très rapidement la réapparition du fonds mental obsessionnel primitif.

Elle est rapidement sortie et d'après l'assistance sociale qui l'a suivie régulièrement, elle reste quelque peu ralentie mais l'évolution démentielle peut être considérée comme définitivement stabilisée.

En conclusion :

Nous avons tenu à exposer le cas de cette dernière malade, pour montrer combien est nécessaire à une longue

rémission, la persistance dans l'arrière-plan de moyens de défense efficaces tels, par exemple, la conservation de ce fonds mental de structure obsessionnelle. Nous savons bien (et nous l'avons indiqué tout au long de ces observations) que les différents traitements entrepris, qu'ils soient chimiques (neuroleptiques) ou que ce soient des thérapeutiques de choc (Sakel, sismothérapie), ou encore dans le cas qui nous intéresse ici chirurgical (la lobotomie) ; que ces traitements donc auront une influence décisive sur l'abrasement des symptômes schizophréniques..

Mais, nous pensons qu'en définitive, le maintien de la guérison, la stabilisation de cette maladie au potentiel si évolutif ne sera obtenue que grâce à la mise en jeu de compensations que réalisent ces défenses d'ordre névrotique qui annuleront les résidus de cette angoisse si dévastatrice. Car, il ne faut pas sous-estimer tous les bénéfices secondaires, dont tirera parti le sujet et ce sont eux qui réaliseront sa thérapeutique de soutien dans cette lutte pour le maintien de l'unité de soi.

B. — CONCLUSIONS CLINIQUES

Nous avons donc divisé nos observations en deux grands groupes correspondant à un stade évolutif différent de la maladie schizophrénique et nous y avons constaté la qualité différente des obsessions.

1°) Les obsessions de la schizophrénie incipiens, où nous opposons deux sous-groupes :

- a) Deux observations de malades dont les obsessions présentes au début même de la schizophrénie, semblent avoir joué, dès ce stade, ce qui est rare, leur rôle de moyen de défense anti-psychotique. On peut néanmoins douter ici d'une guérison définitive, mais on peut affirmer une stabilisation ou tout au moins un ralentissement dans la chute démentielle. Peut-être s'agissait-il d'ailleurs de ces formes mineures de la

schizophrénie sur lesquelles nous nous étendrons plus longuement à l'occasion de l'étude des obsessions apparaissant en cours d'évolution d'un syndrome schizophrénique.

- b) A ces observations, nous opposons le cas le plus classique (trois observations) où *les obsessions ne représentent qu'un symptôme, n'ayant pas plus de valeur ou de signification que tous autres symptômes névrotiques fréquents à ce stade*. Ces symptômes font d'ailleurs partie du tableau schizophrénique au même titre que l'autisme ou la discordance.

Ces formes sont d'emblée de très mauvais pronostic et il ne semble pas que l'élément obsessionnel, tel qu'il est conçu ici puissent apporter quelques modifications à leur évolution. Elles sous-tendent, en effet, une *viciation très primitive du MOI*, laquelle entraîne une angoisse basale définitivement destructurante et néantisante.

2°) Les obsessions apparaissant en cours d'évolution d'un syndrome schizophrénique.

C'est dans ce dernier groupe que nous réunissons la majorité de nos observations (11) car celui-ci représente le plus souvent pour nous *ces formes mineures de la schizophrénie, ces formes pré-schizophréniques, ces formes schizo-névrotisantes* dont nous avons déjà dit qu'elles pouvaient être assimilées aux *états-limites*.

Ces formes présentent une toute autre valeur pronostique. Les obsessions servent ici, selon le terme consacré de « *tampon* » contre une dissociation plus poussée et permettent parfois même une guérison ou tout au moins une stabilisation définitive du processus schizophréniant. Ceci est dû au fait que *le symptôme névrotique est pris comme moyen de lutte anti-psychotique* de la même façon que les autres étapes marquant la lutte contre la dissociation que constituent les états de dépersonnalisation ou le délire paranoïde lui-même, à certains moments féconds.

Nous avons ainsi montré que toute schizophrénie n'avait pas inéluctablement une évolution démentielle et que dès l'apparition des éléments obsessionnels, on pouvait reconnaître en arrière-plan, la marque névrotique ou psychotique de base. Tout dépend donc en définitive de plusieurs facteurs qui se complètent :

1°) La qualité de ces obsessions.

- a) *Obsessions - moyens de défense anti-psychotiques, anti-dissolvants, stabilisant ou guérissant et cicatrisant la dissociation.*
- b) *Obsessions - symptômes névrotiques schizophréniant, sans aucune valeur affective.*

2°) Cette qualité des défenses est en fait « prédestinée » par la qualité du MOI qui les utilise.

- a) *Un MOI non structuré : inconsistant, inorganisé, morcelé, dont la seule défense sera le délire paranoïde.*
- b) *Un MOI mal structuré : instable, entraînant des moyens de défense, eux-mêmes labiles.*

Ce sont ces défenses, que l'on rencontre précisément dans tous les états-limites. Celles-ci permettent une destruction temporaire des niveaux de conscience sans jamais aller jusqu'au morcellement ou à la démence. Les obsessions, quand elles sont efficaces, prennent ici toute leur valeur pour une restructuration et une consolidation d'un MOI aussi labile.

Pour terminer, nous insisterons sur les points suivants :

- 1° Les idées obsédantes ne sont pas de véritables obsessions, mais des idées délirantes prévalentes ayant perdu toute charge affective. Elles font donc partie, bien souvent, du délire paranoïde lui-même. Ce sont ces obsessions que l'on dit schizophréniantes et qui sont en tout cas pré-délirantes.

- 2° Les stéréotypies sont également à distinguer formellement des phénomènes compulsionnels, elles en ont l'allure rituelle mais, en fait, ce ne sont que des automatismes moteurs sans signification psychologique de lutte.
- 3° Il faut souligner l'importance de la charge affective des modes de défense.
- 4° Il faut préciser encore que l'anxiété suivra un cheminement parallèle aux obsessions (1). Elle en est en quelque sorte le support. Quasi nulle dans la pensée normale, elle s'élèvera progressivement pour atteindre un maximum dans l'obsession névrose typique. Elle suivra ensuite une courbe régulièrement descendante pour redevenir nulle dans la pensée schizophrénique, vidée ainsi — comme nous en avons souligné l'importance — de toute charge affective, les défenses d'ordre névrotique, donc de base anxiogène, étant alors dépassées.

(1) Suivant le schéma de CLAUDE et MICOUD - Encéphale 1940.

PASSAGE DE L'OBSESSION AU DÉLIRE

Nous allons étudier dans ce chapitre par quels mécanismes la pensée normale peut se modifier jusqu'à devenir pensée délirante et par quels stades celle-ci sera arrêtée dans cette évolution grâce à des moyens de défense anti-psychotiques qui ont nom : l'OBSESSION et tous ses rites et lorsque celle-ci est dépassée, l'état de dépersonnalisation. Ceci nous permettra également de situer le réel par rapport au délire.

I. — PROBLÈME DU RÉEL

JANET parlait déjà de désadaptation au réel dans sa théorie psychasthénique. Cependant, il s'agit plus « d'une perte de la sensibilité interne du MOI - une atonie du MOI » selon FEDERN. Pour FREUD, la réalité n'est vraiment constituée que par les différentes frustrations que nous impose la vie. RACAMIER, qui a bien étudié ce problème en particulier, par rapport au délire, nous donne de la réalité, la définition suivante : « LE RÉEL NOUS RENVOIE A CE QUI EXISTE EN NOTRE PERSONNE COMME A SON EXTÉRIEUR ».

Il nous paraît, en effet, évident que dans *l'obsession-névrose*, la réalité n'est vraiment touchée que dans *sa fraction intérieure*, c'est-à-dire celle qui correspond à son MOI par rapport au monde, sans pour autant que sa vision du monde soit perturbée, tout au moins dans ses principes fondamentaux.

Ce qui fait justement le propre de l'état délirant, c'est d'avoir perdu cette deuxième fraction, c'est-à-dire perdu la perception de la réalité, avec tous les corollaires que cela entraîne immédiatement, à savoir les hallucinations, les syndromes d'influence, les interprétations.

Mais le passage au délire ne va pas se faire d'un seul tenant, tout au moins pour l'évolution vers la dissociation. La déréalisation se constituera au contraire progressivement, en passant en particulier par la dépersonnalisation qui sera une étape de plus dans la dégradation de la fonction du réel.

II. — LA DÉPERSONNALISATION ET LES OBSESSIONS

Défenses névrotiques contre la psychose

A. — LA DÉPERSONNALISATION

« *C'est la perte de la fonction du réel, du sentiment de la réalité, la perception claire de la réalité restant intacte* » (RACAMIER). Ce serait, pour beaucoup d'auteurs contemporains, « *le marche-pied de la psychose* ». La crise de dépersonnalisation s'accompagne presque constamment d'angoisse aiguë, qui signe le désarroi dans lequel se trouve le malade devant la perte d'objet menaçante. Elle réalise une lutte, au même titre qu'un processus névrotique, mais cette lutte est orientée contre une angoisse très différente des luttes névrotiques habituelles ; elle est dirigée contre une angoisse beaucoup plus profonde, beaucoup plus primitive, *l'angoisse de la néantisation*.

Cette angoisse dissolvante entraîne une augmentation du narcissisme d'où une propension à l'introspection, à l'auto-observation, à l'auto-analyse ; tous phénomènes allant dans le sens d'une *lutte* pour la conservation de son intégrité en tant que personne humaine. Il s'agit donc ici d'une perturbation beaucoup plus profonde de la réalité que dans une névrose habituelle, bien que la dépersonnalisation puisse se rencontrer fréquemment en certaines périodes fécondes d'états névrotiques, justement dans ces périodes évolutives où le malade perd « *pied* » ou en tout cas lutte contre une angoisse particulièrement néantisante.

Ce moyen de lutte, dernier recours pour le malade avant que de sombrer dans l'état délirant, semble surtout entrer en jeu lorsque l'obsession, première défense, semble insuffisante à elle seule à lever l'angoisse de plus en plus destructrice, de plus en plus exigeante et astreignante.

On peut dire ainsi que tout part de l'angoisse initiale, angoisse plus ou moins primitive et que par la suite, différents moyens de défense seront mis en œuvre, pour lutter contre elle. Ces moyens sont et successivement suivant l'importance de la lutte : *la psychasthénie, les obsessions, la dépersonnalisation, le délire, de quelque nature ou de quelque forme que soit ces différents états.*

Mais la lutte sera dès le départ très inégale ; en effet, l'angoisse de base n'aura pas pour tous nos malades la même qualité, en ce sens que l'évolution ultérieure en sera très tôt déterminée sans pour autant cependant qu'il n'y ait pour tous, la possibilité d'en atténuer, d'en stabiliser ou d'en ralentir le cours.

Il faut encore souligner que dans la dépersonnalisation, la relation d'objet est du type *pré-génital* et qu'elle comporte, de ce fait, des « défenses contre-dépersonnalisantes » assez faibles par rapport aux défenses névrotiques obsessionnelles.

B. — LES OBSESSIONS

1°) Dans le cas des obsessions, symptôme d'entrée dans la schizophrénie.

Il semble que la lutte soit ici, dès l'abord, très difficile sinon impossible pour la plupart, car il paraît y avoir une *viciation très primitive du MOI*, conséquence de traumatismes affectifs ou autres de la prime jeunesse, laquelle entraînera par la suite une faiblesse particulièrement vulnérable du MOI, rendant les processus de structuration de la personnalité très aléatoires dans leur développement ultérieur.

2°) Dans le cas des obsessions apparaissant au cours de l'évolution d'une schizophrénie dûment constituée et diagnostiquée

Celles-ci paraissent avoir une toute autre valeur pronostique. Les obsessions vont en effet servir de « *tampon* » en tant que moyen de défense contre une évolution plus psychotique et ici plus dissociative. Nous voulons parler de ces formes schizophréniques, dont il a été de tout temps et encore maintenant difficile à classer parmi une nosographie tant de fois discutée, tant de fois remaniée ; ce qui d'ailleurs ne semble pas indispensable pour une meilleure compréhension des mécanismes mentaux. Ce sont ces formes mineures de la schizophrénie, formes pseudo-névrotiques, névroses pseudo-schizophréniques, schizonevrotisantes, toutes formes pré-schizophréniques dont on ne peut prévoir avec certitude l'évolution et le devenir lointain, formes limites dont certains nient l'existence parlant d'erreurs de diagnostic.

De toutes façons, ces formes mineures ont une existence réelle et il nous paraît important d'en prévoir la potentiabilité dès ces stades, qu'ils soient névrotiques psychotiques ou qu'ils restent classés dans ses formes indifférenciées, formes de passage qu'on appelle encore « *border-lines* ».

Il est très fréquent ici que le phénomène obsessionnel soit largement débordé en certaines périodes, pour faire place temporairement à une certaine dépersonnalisation due à une défaillance plus ou moins passagère ou ce qui est plus grave à un épuisement progressif du MOI toujours possible.

*
**

L'obsession est donc avant tout comme l'ont bien montré les travaux de l'école d'ABRAHAM ainsi que KLEIN et BOUVET « *une défense contre la dépersonnalisation* ».

Ainsi, le passage vers la psychose ne peut se faire qu'une fois dépassés les différents stades de lutte que pos-

sède avec plus ou moins de solidité notre malade. Cet épuisement du MOI entraînera la perte progressive de la possibilité de formation de symptômes de défense.

III. — LE DÉLIRE

La perte de fonction du réel est ici complète, tout au moins en ce qui concerne la schizophrénie car nous savons bien que dans les paraphrénies, par exemple, persiste une bonne adaptation au réel, mais pour la seule fraction de son monde, non envahi par le processus délirant ; en somme un délire qui a partiellement échoué ou plus exactement qui a réussi en ce sens qu'il a évité à notre malade une détérioration plus complète, plus massive.

Le délire, pour les auteurs d'inspiration psychanalytique, est de la même façon que les mécanismes précédents une sorte de *défense contre l'anxiété envahissante de désintégration*. Ce n'est pas la même défense que la défense névrotique, les symptômes défensifs qu'elle emploie n'étant ici qu'une *projection de son anxiété sur le monde extérieur*, lequel sera ainsi reconstruit ou déformé selon un mode moins anxiogène. Ainsi dans la névrose, les symptômes sont érigés devant l'angoisse, tandis que dans la psychose, ces mêmes symptômes sont projetés sur l'extérieur, en vue d'une annulation de l'angoisse qu'ils détiennent. C'est donc le mode le plus archaïque de défense, celui de la non reconnaissance et de l'indifférenciation de l'être par rapport au milieu, par rapport au monde, comme au stade de l'imperception du MOI et du NON-MOI.

*
**

RACAMIER, dans son étude sur le délire, précise d'ailleurs qu'il est « *une manifestation de peur et une défense contre cette peur. Il est une solution de conflit, et ce conflit entraîne un desinvestissement objectal, avec une*

invraisemblable collusion de la réalité extérieure et intérieure » ; et RACAMIER d'ajouter : « *quand le délire disparaît, le conflit réapparaît* ».

Le danger de sombrer est encore plus grand pour le délire paranoïde que pour toute autre forme de délire, car ce sont ici les angoisses les plus profondes, les plus néantisantes de la personnalité et elles comportent un potentiel délirant très lourd et toujours présent, entraînant à la longue un affaiblissement progressif du MOI.

IV. — OBSESSIONS ET IDÉES OBSÉDANTES

Voici deux termes qu'on a un peu trop tendance à confondre et pourtant ils présentent autant de différences qu'entre déréalisation névrotique simple et déréalisation pré-délirante, qu'entre symptôme de défense névrotique et méditations délirantes inaugurales ou ruminations mentales. Les idées obsédantes s'opposent aux obsessions par le fait qu'elles ont perdu leur charge affective initiale et qu'elles se trouvent ainsi réduites à l'état de simples stéréotypies mentales. Ce sont de véritables *idées prévalentes* accaparant toute la conscience du malade et c'est déjà en quelque sorte une projection de son angoisse sur l'extérieur de lui-même et donc déjà un *pré-délire*. Nous rencontrerons très souvent de telles idées obsédantes dans nos observations cliniques et ce sera toujours un signe de *mauvais pronostic* contrairement aux obsessions-névroses qui impliquent la poursuite d'une lutte avec peut-être l'espoir d'une victoire.

V. — OBSESSIONS ET SCHIZOPHRÉNIE

En somme, tout repose sur la bataille engagée contre l'angoisse et tous les moyens qui seront mis en œuvre par la suite tenteront avec succès ou non de l'annihiler ou tout au moins de la rendre supportable. Tout dépendra,

en définitive, de la qualité de cette angoisse basale et les victoires seront d'autant plus faciles et définitives que celle-ci sera moins profonde et moins primitive. Pour ce faire, le sujet passera par les différents stades que nous venons de passer en revue à savoir : psychasthénie, obsessions, dépersonnalisation, délire. Il pourra se faire aussi que l'angoisse soit si primitive que le seul moyen vraiment efficace pour le malade sera le refuge dans le délire (si on peut pour cette forme très dégradée de défense parler d'efficacité).

« *Ces différentes modalités défensives, lorsqu'elles manquent leur but, imprègnent le délire d'une marque particulière, et ceci impose au sujet un mode de pensée fondamentalement déréel* » ; c'est ce que pensent NACHT et RACAMIER à propos de leur étude sur l'organisation du délire et nous le constatons également dans nos observations. Les obsessions qui apparaissent comme premiers symptômes d'une schizophrénie débutante, présentent tout de suite une coloration bien spéciale qui fait penser d'emblée à la psychose sous-jacente.

*
**

Ces obsessions n'ont pas la même charge affective, celles-ci semblent se teinter d'indifférence, d'autisme avec *intellectualisation des émotions*, tendance à l'abstraction. Elles finissent même par perdre rapidement toute leur affectivité pour ne devenir que stéréotypées ou idées obsédantes faisant déjà partie du délire paranoïde. De plus, même si les obsessions n'ont pas ces caractères, on sent autour d'elles tout un contexte, *toute une toile de fond* « *un parfum schizophrénique* » comme l'avait bien vu Ch. BLONDEL en 1938. On peut en rapprocher les *éléments psychasthéniques avec sentiment d'étrangeté*, les *manies de perfection* dont parle déjà HEUYER en 1946 ainsi que les *analyses rétrospectives interminables* de CLAUDE et MICOUD en 1940, ou encore les *sentiments obsédants de dépersonnalisation* de DELMAS-MARSALLET en 1942.

Pour DELMAS-MARSALLET, ces formes sont caractérisées par :

- a) Un potentiel évolutif élevé avec réduction de l'activité ;
- b) Une composante psychasthénique (fatigabilité, dépression) ;
- c) Une passivité devant l'invasion obsédante (stéréotypie de comportement) ;
- d) Un sentiment de dépersonnalisation (rigidité protectrice de plus en plus grande) ;
- e) Des troubles de contact avec repliement autistique.

Il définit encore avec LEFORT et FAURE des *formes pseudo-schizophréniques de la psychasthénie* de la manière suivante :

- par une désadaptation apparente ;
- par la transformation de l'obsession en hallucination psychique ;
- par l'apparition d'un délire d'action extérieure issu du sentiment de dépersonnalisation.

Au point de vue pronostic, il semble que ces formes aient peu de chance d'éviter l'évolution inexorable vers la dissociation. Tout ce qu'on peut constater, c'est que l'évolution sera peut-être moins gravissime que dans les autres formes de schizophrénie ; l'obsession servant là encore, même sous cette forme très peu compulsive de frein contre une évolution plus démentielle ou plus dissociative.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Notre travail a donc consisté à rechercher dans les observations de schizophrènes, celles présentant un intérêt clinique par la présence ou l'apparition en cours d'évolution de symptômes obsessionnels. Nous avons ainsi rassemblé des observations, qui de par leur analyse, nous aurons permis de faire le point sur un problème déjà fort ancien, puisque soulevé par différentes générations de psychiatres, ceci à travers les différentes théories émises, qu'elles soient organiques, psychogénétiques ou encore organo-dynamistes.

Après un rapide historique, situant l'évolution des idées sur ce sujet, ainsi que nous venons de l'évoquer, nous nous sommes attachés à étudier le cadre plus général des « *états limites* » ou « *border-lines* » dont notre étude fait partie intégrante.

On peut dire, qu'il s'agit d'un vaste chapitre de la psychiatrie, aux limites imprécises et toujours mouvantes. La majorité de nos observations cliniques semblent en effet ressortir de ce groupe frontière entre névroses et psychoses. L'importance de ces états n'est plus à démontrer et prend une place de plus en plus considérable, dans la psychiatrie contemporaine, car ils sont la base même des nouvelles théories psychanalytiques émises ces dernières années. Pour ce qui concerne le cas plus particulier des obsessions et de la schizophrénie où nous avons cru bon limiter nos recherches, nous retrouvons ici, les mêmes caractères généraux, qui caractérisent habituellement ces formes.

Ces caractères fondamentaux sont les suivants :

- 1° Une très grande labilité et instabilité de la structure de la personnalité qu'ils sous-tendent.

- 2° Leur MOI est *faible* car indifférencié, et ceci dès l'origine d'où la facilité pour celui-ci de régresser, devant toute agression, à ce stade infantile d'indifférenciation MOI - NON-MOI.
- 3° La conséquence, c'est que ce MOI, va pouvoir très facilement projeter sur l'extérieur par le délire.
- 4° C'est un MOI indifférencié, mais aussi *non-orienté*, c'est-à-dire que l'objet n'est pas clairement défini — qu'il y a différentes possibilités défensives pour ce MOI — dont on dit qu'il est « *à facettes* ».
- 5° La conséquence, c'est la possibilité pour le sujet de passer très rapidement d'un système défensif à un autre, d'un stade à un autre suivant la situation actuelle et ses facultés régressives du moment.
- 6° Enfin, ces sujets sont incapables d'organiser quoi que ce soit d'efficace et c'est la raison pour laquelle le délire, s'il y a, est très souvent de *type paranoïde*.
- 7° Leur évolution de ce fait, est donc la plupart du temps imprévisible tout dépendant, en définitive, de la qualité originelle de leur MOI. Un certain recul est nécessaire pour envisager un pronostic lointain.
- 8° De toutes les défenses dont usent ces malades, il semble que ce soient les *défenses obsessionnelles* qui tiennent le mieux, en tout cas, elles ont une valeur *restructurante* certaine, à condition seulement qu'elles soient utilisées à *bon escient*, c'est-à-dire vers un *renforcement du MOI*, lequel n'en sortira que plus fort, ce dont on ne pourra juger que plus tard, à l'occasion d'une nouvelle offensive néantisante. C'est là que le MOI pourra faire la preuve de son efficacité et peut-être nous faire présager d'une prochaine guérison.

Nous avons étudié ensuite, le « *phénomène obsessionnel* » depuis l'obsession symptôme névrotique jusqu'à l'obsession symptôme schizophrénique, en passant par toutes les étapes intermédiaires, et plus particulièrement l'obsession symptôme de *défense anti-psychotique*.

Nous avons ensuite consacré un chapitre au *syndrome schizophrénique*, depuis le syndrome classique, jusqu'aux formes mineures « *schizo-névrotiques* » dont l'obsession est, à n'en pas douter, l'élément basal le plus caractéristique et le plus révélateur, un *révélateur* qui sera aussi l'élément *catalyseur* indispensable à une restructuration éventuelle.

Nous abordons alors l'étude clinique proprement dite, et pour cela, nous avons divisé nos observations en deux grands groupes, suivant le stade d'apparition des obsessions par rapport à l'évolution de la maladie schizophrénique.

1°) Les obsessions de la *schizophrénie incipiens*.

2°) Les obsessions de la *période d'état de la schizophrénie déjà confirmée*.

Nous envisageons pour terminer, un dernier chapitre relatif au problème du réel par rapport au délire, en passant par les différentes étapes de destruction des niveaux de conscience. Ces étapes sont représentées par les états de dépersonnalisation et les obsessions qui constituent ainsi des paliers, des zones de repli, permettant par la suite au sujet de se réorganiser en fonction d'une meilleure appréhension du réel intérieur et extérieur. Ils réalisent ainsi des moyens de défense anti-psychotiques.

Nous pouvons dire pour conclure, que l'obsession dans la schizophrénie peut être comprise de deux manières différentes :

- soit en tant qu'obsession-symptôme d'une schizophrénie débutante, sans aucune valeur affective ;
- soit en tant que moyen de lutte anti-psychotique, anti-dissolvante et plus particulièrement dans certains syndromes schizophréniques, du type schizo-névrotiques, où l'obsession semble réaliser le mieux son rôle de processus cicatriciel.

D'une manière plus générale, on peut encore dire que le phénomène obsessionnel possède une action bienfai-

sante et souvent restructurante, non seulement en pathologie mentale, mais également au cours de l'organisation de la personnalité normale.

Nous le savons bien, puisque des phénomènes compulsifs sont classiques dans l'enfance, notamment dans cette période de latence si riche en remaniements affectifs de tous ordres, et aussi plus tard dans la vie adulte, lorsque de graves traumatismes affectifs risquent d'ébranler la structure profonde du sujet et parfois même de la remettre en cause.

On dit ainsi, quand nous en sortons vainqueurs et réarmés sur des assises plus solides, que ce sont des névroses qui ont réussi et qui se sont fixées définitivement en traits de caractère.

De telles défenses obsessionnelles sont bonnes, à condition toutefois, qu'elles ne se cristallisent pas dans leur évolution, vers une ritualisation appauvrie. Celle-ci serait alors bien proche sur un plan névrotique, des stéréotypes que l'on rencontre dans la chronicisation de certains psychoses.

Ces défenses sont en tout cas presque toujours de bon pronostic, quand elles sont orientées vers la protection de notre unité structurale ou vers une meilleure adaptation à la réalité devant certaines épreuves particulièrement traumatisantes de la vie, dont on peut dire qu'elle est une lutte perpétuelle pour un équilibre souvent remis en question.

Vu : *Le Doyen,*
Pour le Doyen, l'Assesseur,
Signé : illisible.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
Signé : J. DELAY.

Vu et permis d'imprimer :
Paris, le 28 Février 1968.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
Le Recteur d'Académie Adjoint au Recteur de l'Académie de Paris,
Signé : C. CHALIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY. — Etude sur les « Border-lines ». *Ann. Méd. Psychol.*, nov. 66, T. 2, N° 4.
- ALLIEZ et DIATKINE. — Schizophrénie et Psychasthénie. *Congrès de Psy.* 42. *Ann. Méd. Psychol.*, 1943, p. 235.
- BOUVET (M.). — Dépersonnalisation et Relation d'objet. *Revue Franç. de Psychanalyse*, 1960, N° 45.
- BOUVET (M.). — Le MOI dans la névrose obsessionnelle. Relations d'objet et mécanismes de défense. *Revue Franç. de Psychanalyse*, 1953, N° 1 et 2 et 1^{er} Congrès de Psych. de langues romanes, 1952.
- BYCHOWSKY (G.). — Façade compulsive obsessionnelle dans la schizophrénie. *Revue Franç. de Psychanalyse*, 1967, T. 31, N° 4, p. 669.
- CAMBRIELS. — Psychonévrose obsédante de dépersonnalisation. *Encéphale*, 1931.
- CLAUDE et MICOUD. — Psychasthénie et schizophrénie. *Encéphale*, 1940.
- CLAUDE et MICOUD. — Journal d'un schizoïde. *Encéphale*, 1940.
- DELMAS, MARSALLET, LAFON et FAURE. — Formes pseudo-schizophréniques. *Encéphale*, 1942.
- EY (H.). — *Encyclopédie médico-chirurgicale*, T. 2, 2155, p. 54.
- EY (H.). — Schizophrénies et névroses. *Evolution psychiatrique*, 1958, Tome I, p. 178.
- GASTALDI (H.). — Rapports entre psychasthénie et schizophrénie. *I. lavori. neuro. psych.*, 1954.
- GORDON. — Passage des obsessions au délire. *American Journal of Psych.*, 1950.
- GREEN. — *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, T. 3, 5, 65 Psych.
- HALBERSTADT. — Obsessions et Démence précoce. *Encéphale* 1938, T. 1, p. 133.

- JAHRREISS (W.). — Sur les obsessions dans l'évolution de la schizophrénie. *Arch. of psych.*, 1926.
- HEILBRONNER. — Obsessions et psychoses.
- JANET. — Obsessions et psychasthénie, 1908.
- Lo CASCIO. — Rapports entre Psychasthénie et Schizophrénie. *Lavoro. neuro-psych.*, 5/54.
- MAYER-GROSS. — Formes atypiques de la schizophrénie. *Traité de psych.* de RÜMKE.
- MICHAUX. — Obsessions et délire. *Annales Méd. Psych.*, 1945.
- MÜLLER. — Le passage des obsessions à la schizophrénie. *Schweitzer Arch. neuro-psych.*, 1953.
- MÜLLER. — Le désir de perfection au début de la démence précoce. *Ann. Méd. Psych.*, 1946, p. 158.
- NACHT (S.) et RACAMIER. — La théorie psychanalytique du délire, N° 415, T. 22, p. 417, 1958.
- NACHT (S.). — Deux visages du Réel. *Revue Franç. de Psychanalyse*, 1962, T. 26, N° 6, p. 74.
- PICHOT (P.). — Les névroses. Travail de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale Ste-Anne. Pr DELAY. *Horizons médicaux*, mars 1961, n° 80.
- RACAMIER (P. C.). — Propos sur la Réalité, dans la théorie psychanalytique. *Revue Franç. de Psych.*, T. 26, N° 6, p. 675, 1962.
- RÉGIS. — Obsessions : notes sur l'évolution des obsessions et leur passage au délire. *Congrès 1902*, T. 2, p. 48-49.
- ROSEN. — La signification clinique des obsessions dans la schizophrénie. *Journal of ment. sc.*, 1957.
- RÜMKE (H C.). — La différenciation clinique à l'intérieur des groupes schizophréniques. *Evolution psych.*, 1958, T. 2, p. 525.
- SCHNEIDER (K.). — Etats obsessionnels et schizophrénie. *Arch. of psych.*, 1925.
- SOCCORAS (F.). — Schizophrénie pseudo-névrotique et schizophrénie pseudo-caractérielle. *Rev. Franç. de psychanalyse*, 1957, T. 21, p. 535.
- STENGEL. — 2° Congrès de Zürich, 1957, p. 283-321.
- STERN. — Obsessions et schizophrénie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	13
I. La psychiatrie classique	13
II. La psychiatrie moderne	13
III. Les théories contemporaines	15
IV. La psychiatrie psychanalytique	17
Notions générales sur les formes de passage. Les états limites.	20
L'état obsessionnel. De l'obsession névrose à l'obsession symp- tômatique de schizophrénie	23
I. Les symptômes obsessionnels	23
II. Les théories pathogéniques	24
Du syndrome schizophrénique typique aux obsessions schizo- névrotisantes	28
I. Elaboration du concept de schizophrénie	28
II. Rappel clinique du syndrome schizophrénique typique	30
III. Formes cliniques	32
IV. La schizophrénie par rapport aux obsessions. Les formes schizo-névrotiques	33
V. Les théories psychanalytiques	34
Etudes cliniques	35
A. - Les observations	35
B. - Conclusions cliniques	55
Passage de l'obsession au délire.....	59
I. Problème du réel	59
II. La dépersonnalisation et les obsessions. Défenses névrotiques contre la psychose	60
III. Le délire	63
IV. Obsessions et idées obsédantes	64
V. Obsessions et schizophrénie.....	64
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	67
BIBLIOGRAPHIE	71

23531744 172 92647

IMPRIMERIE BERTHOD
BOURG
